Rak sečnega mehurja in urostome

asist. dr. Tomaž Smrkolj, dr. med., FEBU

V Sloveniji je rak sečnega mehurja osmi najpogostejši rak pri moških s približno 23 novo odkritimi bolniki na 100000 prebivalcev letno, ženske pa obolevajo 3 krat redkeje (približno 8 novoodkritih bolnic na 100000 prebivalcev letno). V zgodnji fazi je rak sečnega mehurja omejen na površinsko plast in je ozdravljiv z endoskopskim maloinvazivnim zdravljenjem. Ko rak sečnega mehurja vraste v globljo mišično plast, ali skozi to plast vraste v okolno maščevje ali sosednje organe, maloinvazivno zdravljenje ne zadostuje in je pri večini takih bolnikov primerno opraviti odstranitev sečnega mehurja in področnih bezgavk ter izdelavo ene izmed izpeljav urina.

Čeprav si večina predstavlja izpeljavo urina prek stome na trebušni steni in je tovrstna izpeljava tudi najpogosteje uporabljana, pa nikakor ni edina možnost za odvajanje urina po odstranitvi sečnega mehurja.

V preteklosti so veliko uporabljali izpeljavo urina skozi sečevoda v zadnji del debelega črevesa in je bolnik odvajal urin skupaj z blatom. Zaradi spoznanja, da na mestu srečevanja urina in blata pogosto prihaja do razvoja rakavih sprememb in pogostih okužb sečil, so ta način izpeljave urina opustili.

Redka, vendar danes še uporabljana možnost, je izpeljava sečevodov neposredno na kožo skozi trebušno steno. V poštev pride pri bolnikih s kratko pričakovano življenjsko dobo in v slabšem splošnem stanju, ki ne dovoljuje uporabe tankega črevesa za izpeljavo urina. Slabost tega načina izpeljave sečevodov se kaže predvsem v pogostih zožitvah sečevodov na mestu prehoda skozi trebušno steno in kožo.

Pri bolnikih v dobrem splošnem stanju in z daljšo pričakovano življenjsko dobo po odstranitvi sečnega mehurja uporabimo tanko črevo kot prehod (angl. conduit) ali rezervoar za urin, od katerih je večkrat uporabljen prvi, oba pa imata svoje prednosti in slabosti.

Ne glede na to, da izdelava rezervoarja za urin (angl. neobladder) nedvomno prinaša naravnejši kozmetski rezultat po operaciji, saj v tem primeru ni prisotne stome, urin pa bolnik izloča skozi sečnico po naravni poti, se moramo zavedati, da tanko črevo zgolj posnema obliko in prostornino sečnega mehurja, funkcije pa ne. Tako bolnik ne čuti polnosti iz tankega črevesa narejenega nadomestnega mehurja, niti nima zavestnega nadzora nad praznenjem. Pravzaprav je praznjenje tovrstnega mehurja povsem drugačno kot pri pravem sečnem mehurju. V najboljšem primeru praznjenje dosežemo s povišanjem pritiska v trebuhu z naprimer pritiskanjem na predel pod popkom z roko, v najslabšem primeru pa se mora bolnik samokateterizirati večkrat dnevno. Tudi uhajanje urina je pogosto, in sicer predvsem ponoči. Ker se urin v nadomestnem rezervoarju zadržuje dalj časa, prihaja še do drugih težav. Del odpadnih snovi, ki se izloči v urin, preko stene rezervoarja preide nazaj v krvni obtok, saj je prepustnost stene tankega črevesa bistveno večja kot prepustnost stene sečnega mehurja. Nadalje se v rezerovarju zadržuje sluz, ki jo izloča tanko črevo, kar povzroča pogoste okužbe z ogroženostjo ledvic in pa nastanek kamnov v rezervoarju.

Zgoraj našteti zapleti se le redko pojavijo pri izpeljavi urina preko prehoda, ki se končuje v kožni stomi na sprednji trebušni steni. Za izdelavo prehoda uporabimo približno 15 cm končnega dela tankega črevesa, ga izločimo iz sistema odvajanja blata in na en konec všijemo oba sečevoda, drug konec pa skozi trebušno steno izpeljemo na kožo v obliki stome. Urin se tako ne zadržuje v prehodu, ampak hitro odteče iz sečevodov skozi kožno stomo v stomalno vrečko, ki jo bolnik izprazni, ko je polna. Zaradi hitrega odtoka urina in kratkega dela tankega črevesa je sluzi v prehodu malo, kar pomeni tudi manjšo možnost za nastanek kamnov in okužbe sečil, veliko manjši pa je tudi prehod odpadnih snovi iz urina nazaj v krvni obtok. Posledično je ledvična funkcija dolgoročno bolje ohranjena kot pri rezervoarju za urin. Ob kvalitetno narejeni stomi in upoštevanju navodil za ravnanje s stomalno vrečko ter rednim praznenjem vrečke preko ventila tudi zamakanja urina praktično ni, prav tako pa tudi ni neprijetnega vonja urina.

V raziskavah o zadovoljstvu bolnikov, ki so po odstranitvi sečnega mehurja imeli napravljen bodisi nadomestni sečni mehur bodisi prehod za urin z urostomo v splošnem niso dokazali bistvenih razlik. Razumljivo so bolniki dobro ocenili naravnejši kozmetski rezultat pri nadomestnem sečnem mehurju, po drugi strani pa nižje število in resnost zapletov pri bolnikih z urostomo pomeni večje dolgoročno zadovoljstvo.

In kaj nas čaka v prihodnosti? Cilj je umetni sečni mehur izdelan iz enakih tkiv kot sečni mehur pred odstrantvijo. Kljub temu, da je že možno gojiti posamezno plast, pa je razvoj popolnoma funkcionalnega umetnega sečenga mehurja zaradi zapletenih odnosov med plastmi, predvsem pa zaradi težav z zagotavljanjem oskrbe s krvjo in živčimi povezavami, verjetno še kar nekaj časa nedosegjliv.