

NTM a nowotwór

Z dr. n. med. Grzegorzem Pankiem, specjalistą ginekologiem-onkologiem z Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych w Centrum Onkologii w Warszawie,

rozmawia Małgorzata Georgiew



Czy w leczeniu onkologicznym narządów rodnych zasadą jest występowanie u pacjentek nietrzymania moczu?

Z punktu widzenia lekarzy onkologów zajmujących się leczeniem narządów rodnych zjawisko nietrzymania moczu nie jest zbyt częste, chociaż w okresie dłuższym po zakończeniu leczenia chirurgicznego czy radioterapii już widać, że dolegliwość ta pojawia się częściej. Złuszczając po za-

biegach chirurgicznych uzupełnionych radioterapią. Na przykład w Polsce rak szyjki macicy w 2/3 przypadków leczony jest poprzez radioterapię, której poddawany jest obszar miednicy małej, a więc m.in. moczowód, cewka moczowa, pęcherz moczowy. W zależności od zastosowanych terapeutycznych dawek promieniowania mogą występować wczesne i późne odczyny promienne.

Odczyny wczesne występują bezpośrednio po zakończeniu terapii, ale po zastosowaniu odpowiedniej terapii najczęściej ustępują w kilka, kilkanaście tygodni po zakończeniu napromieniowania.

Odczyny późne o dużym nasileniu są groźniejsze niż wczesne i w skrajnych przypadkach powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania dróg moczowych, np. krwimocz, niekontrolowane wycieki moczu. Najczęstsze późne odczyny przewlekłe powodują objawy dysuryczne, rzadziej spotykane, ale cięższe przypadki to przewlekłe krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego czy zwłóknienie pęcherza moczowego z pomniejszeniem jego objętości. Przeprowadzenie napromieniowania może powodować zwłóknienie i zwężenie moczowodów, utrudnienie lub zablokowanie odpływu moczu z nerek. Skrajnie niekorzystne powikłania urologiczne po radioterapii to przetoki pęcherzowo-pochwowe czy moczowodowo-pochwowe. Powoduje to niekontrolowany wyciek moczu. Podobne skutki powoduje również upośledzenie funkcji zwieraczy po intensywnym naświetleniu miednicy. Kojarzenie metod leczenia, chirurgii i radioterapii

niestety zwiększa ryzyko występowania powikłań tego typu.

Powikłania powoduje również zastosowanie tylko operacyjnej metody leczenia, związane z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych. Istotną grupą są śródoperacyjne powikłania moczowodów lub pęcherza moczowego. Uszkodzenia tego typu są stosunkowo łatwo naprawialne i dzięki zabiegom naprawczym udaje się przywrócić prawidłowe funkcjonowanie dróg moczowych. Efekt pozytywny osiągany jest w ponad 90% przypadków.

Jaka jest częstość występowania przypadków nietrzymania moczu po leczeniu ginekologiczno-onkologicznym pacjentek?

To zależy od przypadku. Na przykład we wczesnym stadium raka szyjki macicy przeprowadza się zabieg oszczędzający. Jest to działanie mało inwazyjne i tym samym powoduje małe uszkodzenia. Przy zabiegach radykalnych uszkodzenia mogą być już znaczne i tym samym u około 2-3 % pacjentek powodują poważne powikłania urologiczne. U około 30-40 % pacjentek pojawiają się zaburzenia funkcji urologicznych przez okres 3-4 miesięcy, które po wygojeniu i zastosowaniu terapii zachowawczych, jak np. gimnastyka mięśni dna miednicy, ustępują lub są znacznie mniej dolegliwe. Przy pojawieniu się uszkodzeń anatomicznych (np. przetoki) konieczne jest dokonanie operacji naprawczych.

Jak pacjentki są przygotowywane na ewentualność wystąpienia powikłań pooperacyjnych i po radioterapii?

Pacjentki informowane są o planach leczenia i o ryzyku uszkodzenia dróg moczowych, zwłaszcza przy rozległej chirurgii nowotworów jajnika, wznów nowotworów narządów rodnych. Chirurgia, zwłaszcza skojarzona z radioterapią zwiększa ryzyko utworzenia przetok. Nieprawidłowe funkcjonowanie układu moczowego (np. zwłóknienie pęcherza moczowego lub zwężenie moczowodów) może być też wynikiem procesów naprawczych tkanek.

Duże ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu występuje w wyniku radioterapii, kiedy to naświetleniu poddawane są narządy umieszczone w okolicach miednicy, np. przy leczeniu nowotworu jelita grubego, cewki moczowej, raka sromu czy innych nowotworów narządu rodneho.

Stosunkowo najrzadziej problem NTM pojawia się po chemioterapii, chociaż jest grupa leków cytostatyków, których efekt toksyczny dla układu moczowego jest znaczny.

U większości leczonych u nas pacjentek zachodzi konieczność badań kontrolnych jeszcze przez długi okres po zakończeniu leczenia onkologicznego. Zawsze pytane są o stan funkcjonowania dróg moczowych. Lekarz ocenia stopień nasilenia dolegliwości i podejmuje decyzję o dalszych działaniach diagnostycznych oraz leczniczych. Pacjentki po leczeniu onkologicznym z objawami nietrzymania moczu, u których diagnostyka wyklucza wznowę nowotworu jako przyczynę NTM, kierowane są do wyspecjalizowanych jednostek urologicznych, aby tam podjąć leczenie tej dolegliwości.

U kobiet w wieku przedmenopauzalnym, u których przeprowadzono chirurgię i radioterapię zabiegi te powodują przedwczesną kastrację. Spadek estrogenów powoduje szybsze zmiany zanikowe tkanek dolnego odcinka rodnego. Jeżeli nie ma przeciwwskazań do terapii estrogenowej stosuje się odpowiednie kremy i globulki. Taka estrogenowa terapia zastępcza bar-

dko łagodzi i opóźnia występowanie niekorzystnych zmian. Około 50-60% chorych odczuwa znaczną poprawę.

Mówimy o pojawieniu się nietrzymania moczu w wyniku leczenia onkologicznego. Czy nietrzymanie moczu może zwiastować chorobę nowotworową?

Zaburzenia funkcjonowania układu moczowego, zaburzenia dysuryczne - jak np. odczuwane stałe parcie na pęcherz - mogą być spowodowane poważnymi patologiami narządów rodnych. Przyczyną mogą być np. szybko rosnące guzy macicy lub jajnika, powodujące nacisk na pęcherz i wspomniane wyżej dolegliwości. Dlatego w przypadkach nietrzymania moczu należy zgłosić się do lekarza urologa, aby zbadać jaka jest jego przyczyna. Czasami to może zdecydować o życiu.

Jak pacjentki przyjmują wiadomość, że w wyniku leczenia onkologicznego mogą spodziewać się problemów z nietrzymaniem moczu?

Reakcja jest tutaj odwrotnie proporcjonalna do podstawowego problemu. Ak-

ceptacja powikłań zależy od wskazań do operacji. Przy nowotworach inwazyjnych panie łatwiej godzą się z ryzykiem powikłań. To całkiem naturalne kiedy jest poważne zagrożenie życia. We wskazaniach łagodniejszych panie więcej uwagi zwracają na efekty uboczne zabiegów. Nie zawsze jednak zabiegi są uzasadnione. Stosunkowo najczęściej nadużywanym wskazaniem do operacji są niewielkie, bezobjawowe mięśniaki macicy. Operacja na wyrost wycięcia macicy może w konsekwencji przyczynić się do pojawienia się u pacjentki nietrzymania moczu. Oczywiście, kiedy ratujemy życie żadna z kobiet nie zastanawia się nad skutkami leczenia takimi jak nietrzymanie moczu, ale wierzę, że nawet te kobiety, które przeżyły najgorsze po pewnym czasie mocno odczuwają takie dolegliwości i dlatego dokładamy wszelkich starań, aby skutki te zminimalizować. Zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia po leczeniu staje się bowiem jednym z priorytetów współczesnej onkologii.

Dziękuję za rozmowę.

Zwyciężyliśmy...

Zamieszczamy rozmowę z dwojgiem pacjentów, którzy przeżyli najgorsze - nowotwór, ale w wyniku operacji pojawił się u nich problem nietrzymania moczu. Jak sobie poradzili z tym problemem? Czy udało im się pokonać również tę dokuczliwą dolegliwość?

Andrzej, 72 lata

O nowotworze dowiedziałem się przypadkiem. Wszystko zaczęło się niewinnie, sześć lat temu. Przeczytałem ogłoszenie o bezpłatnych badaniach profilaktycznych prostaty dla mężczyzn powyżej 55 roku życia. Czułem się świetnie, nic mi nie dolegało, ale postanowiłem skorzystać z okazji zbadania się. Jakież było moje przerażenie, kiedy wyniki wykazały znacznie podwyższony czynnik PSA wskazujący na powiększoną prostatę. To nie musiał być nowotwór, ale nie było dobrze.

Natychmiast zgłosiłem się na badania do kliniki w rejonie, gdzie badania powtórzone i niestety złe wyniki potwierdziły się. Następnym krokiem była biopsja dla upewnienia się, czy nie jest to nowotwór, ale w rejonie wykonywano tylko biopsję niecelowaną, która nie daje pewności wykrycia ewentualnego raka. Nie chcąc zdać się na niepewną biopsję, zgłosiłem się do centrum onkologicznego na badania transrektalne i tu już za opłatą wykonano mi również

biopsję celową. Wyniki, niestety, były bardzo złe, ale lekarze radzili zastosować operację usunięcia jąder obawiając się operować mnie ze względu na stymulator. Postanowiłem zasięgnąć opinii jeszcze innego lekarza, ponieważ obawiałem się, że w przypadku nowotworu może potrzebna będzie bardziej radykalna operacja.

Specjalista nie potwierdził obaw poprzedniego lekarza - nie widział on przeciwwskazań do operacji ze względu na stymulator, zwłaszcza że przechodziłem już ze stymulatorem poważną operację płuc. Lekarz zaznaczył jedynie, że w trakcie operacji musi być zastosowany specjalny aparat kontrolujący przy cięciu nożem elektrycznym. Zacząłem starać się o przeprowadzenie operacji, aby mieć pewność, że leczenie da mi jak największe szanse na przeżycie. Umówiłem się na wizytę prywatną do profesora, specjalisty urologa, który potwierdził konieczność operacji i skierował mnie na badania konieczne przed operacją.