

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
КАРЦИНОМИ НА УРИНАРНИОТ СИСТЕМ И ТЕСТИСИ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на карциноми на уринарниот систем и тестиси.

Член 2

Начинот на третман на карциноми на уринарниот систем и тестиси е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на карцином на простата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2821/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

КАРЦИНОМИ НА УРИНАРНИОТ СИСТЕМ И ТЕСТИСИ

МЗД Упатство
4.3.2009

- Карцином на бубрег (хипернефром)
- Карцином на мочен меур
- Карцином на тестис
- Поврзани докази
- Референци

КАРЦИНОМ НА БУБРЕГ (ХИПЕРНЕФРОМ)

Епидемиологија

- Инциденцата е околу 1/10 000 годишно
- Пушењето и големата телесна тежина се единствените познати ризик фактори
- Пациенти со херидарната von Hippel-Lindau болест имаат голем ризик за развивање на ренален карцином (до 30%).

Симптоми и знаци

- Симптомите вклучуваат хематурија (37%) (ннд=С), болка, губење на тежина, трески, замор, висока седиментација, анемија (сепак 3-5% од пациентите имаат еритроцитоза заради секреција на еритропоетин), нагло формирање на варикоцела и палпабилна маса.
- Ултрасонографијата е најважно дијагностичко иследување, надоплонета, по потреба, со водена биопсија. Компјутеризирана томографија и МРИ се корисни во проценка на екстензивноста на болеста.
- Карциномот на бубрег често инфилтрира во околните структури. Метастази се јавуваат во лимфните јазли, скелетот, белите дробови и подкожното ткиво.
- Во моментот не постои корисен серум маркер за ренален карцином.

Третман

- Екстрафасцијална нефректомија (отворена или лапароскопска) е рутински третман за локализирана болест. Малите тумори може да се одстранат со парцијална ресекција. Дури и тумор кој ја инфилтрира долната шуплива вена треба да се оперира. Солитарните метастази (нпр. во белите дробови) може хируршки да се одстранат.
- Третманот на метастатската болест вклучува палијативна нефректомија, инхибитори на тирозин киназа sorafenib и sunitinib и mTOR-инхибитор temsirolimus. Комбинација на 5-флуороурацил и имунотерапија (интерферон-алфа (ннд=А) и интерлеукин-2) е се уште во употреба.
- Палијативниот третман на болка е битен. Единечна 8 Gy доза на радијација е ефективна.

Следење

- Следењето е наменето за откривање на солитарни, операбилни метастази.
- Следствените испитувања обично се изведуваат при местото на третманот на 3 до 6 месечни интервали до 2 години по операцијата.
- Ако не се забележи релапс, понатамошно следењето се прави во примарното здравство на интервали од 6 месеци до 1 година се до 5 години.
- Се прават следниве испитувања: стапка на седимантација на еритроцити(**ESR**) или Ц-реактивен протеин(CRP) , крвна слика, АЛТ, АСТ, алкална фосфатаза, серумски креатинин, анализа на урина, рентгенска слика на белите дробови и ултрасонографија на абдомен.

КАРЦИНОМ НА МОЧЕН МЕУР

Епидемиологија

- инциденцата е околу 1,5/10 000/ годишно.
- Пушењето и одредени хемикалии и бои се ризик фактори (работници во хемиска, нафтена и индустрија на бои, фризерии).
- Повеќе од 90% од карциномите потекнуваат од преодниот епител.

Симптоми и знаци

- Симптомите вклучуваат хематурија во 85% и иритација на мочен меур во 30% од случаите.
 - Макроскопска хематурија или повеќе од 5 еритроцити во микроскопско поле во седиментот на урината индицираат цитолошки преглед на урината, цистоскопија и ренална ултрасонографија.
- Ширењето на карциномот на мочниот меур зависи од степенот на диференцијација и длабочина на инвазијата. Најчести места за метастазирање се пелвичните лимфни јазли, белите дробови и коските.

Третман

- Терапевтските опции вклучуваат електроресекција и коагулација, ресекција на мочниот меур, отстранување на мочниот меур(ннд=Б), ирадијација, интравезикален третман(ннд=А) (епирубицин, митомицин Ц или VSG (ннд=Б) 5-6 пати на интервал од една недела, а потоа еднаш месечно во тек на една година). Лапароскопската или робот-асистираната цистопростатектомија е во пораст.
- Флуоресцентната цистоскопија и електроресекција на туморот со употреба на 5-аминолевулинска киселина и ласер со сино светло водат кон намалување на рецидив.
- Терапија за презервација на мочен меур не дава задоволителни резултати во третманот на инфилтративен карцином на мочен меур. Третман на избор за инфилтративен карцином на мочен меур сеуште е радикална операција следена со адјувантна или неоадјувантна терапија.
- Одредувањето на третманот зависи од хистолошкиот градус и ТНМ класификацијата (ннд=В) на туморот, од возраста и состојбата на пациентот. Кај метастатска болест, се користи комбинација на цитотоксични лекаства.
- Во просек 70% од туморите рецидивираат но локалниот рецидив може најчесто да се третира ефективно. Ризикот за рецидивирање после 5 години опаѓа под 5%.

Следење

- Следењето треба да се прави во уролошки оддел и се состои од цистоскопија, цитолошки преглед на урина и достапност на ВТА и/или NMP22 тест доколку е неопходно imaging процедури.
- Цистоскопијата се прави на секои 3 месеци првата година, на 6 месеци во наредните две години, и потоа на една година.
- Ако туморот не рецидивира во првите 5 години, сосема е доволно понатамошното следење со анализа на урина, вклучувајќи и цитолошки преглед, во примарното здравство.

КАРЦИНОМ НА ТЕСТИС

Епидемиологија

- Инциденцата е околу 10/милион/ годишно и е во пораст 2.
- Ретенција на тестисот 3 (крипторхизам) го зголемува ризикот и би требало да се третира во тек на првите две години од животот.
- Семиномите се најчест тип кај мажи на возраст од 30- 35 години, додека не-семиномотозните тумори се најчести кај мажи на возраст од 25-29 години.
- Има многу хистолошки типови. Речиси 90% потекнуваат од герминативните клетки; а од нив 50% се семиноми, додека 50% се други тумори (нпр. ембрионален карцином, тератоми, тератокарциноми, плацентални тумори).

Симптоми и знаци

- Симптомите вклучуваат зголемување на тестисот (што треба секогаш да се провери), нерамнина, промена на конзистенцијата, нејасна болка и пролонгиран епидидимитис.
- Ултрасонографијата најчесто го разјаснува зголемувањето како нехомоген тумор во рамките на тестисот.
- Компјутеризираната томографија се користи да се откријат можните ретроперитонеални метастази во лимфните јазли.

Третман

- Третманот секогаш отпочнува со операција, најчесто следена со зрачна терапија за семиномите.
- Антинеопластични лекови се користат ако туморот метастазирал. Преку 90% од пациентите дури и оние со далечни метастази биваат излечени.
- 60-70% од метастазирани несеминоматозни тумори може да се излечат со антинеопластични лекови.
- Фертилитетот е презервиран во околу 65% од зрачените пациенти. Спермата може да се криопрезервира пред третманот.

Следење

- Следењето се прави во специјализирани оддели.
- Пациенти со семиноми третирани само оперативно се контролираат 5 години на интервал од 4 месеци, додека пациентите со семиноми третирани со антинеопластички лекови се контролираат три години на интервали од 3 месеци а потоа на секои 6 месеци до 5 години.
- Пациенти со несеминоматозни тумори се контролираат еднаш месечно првата година, на 3 месеци следната година и на 6 месеци уште 5 години.
- Следењето се состои од анализа на биохемиски маркери кои биле зголемени пред операција (АФП, ХЦГ). КТ скен на торакс и абдомен се прави во интервал од 2-6 месеци..
- Понатамошно следење на подолги интервали треба да се продолжи подолг временски период поради фактот дека туморот може да рецидивира и 10 години после првичната операција. Рецидивните тумори најчесто добро реагираат на третман.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gill IS, Aron M, Gervais DA, Jewett MA. Clinical practice. Small renal mass. *N Engl J Med* 2010 Feb 18;362(7):624-34. [PubMed](#)
2. Bukowski R, Cella D, Gondek K, Escudier B, Sorafenib TARGETs Clinical Trial Group. Effects of sorafenib on symptoms and quality of life: results from a large randomized placebo-controlled study in renal cancer. *Am J Clin Oncol* 2007 Jun;30(3):220-7. [PubMed](#)
3. Hiles JJ, Kolesar JM. Role of sunitinib and sorafenib in the treatment of metastatic renal cell carcinoma. *Am J Health Syst Pharm* 2008 Jan 15;65(2):123-31. [PubMed](#)
4. Lowentritt B, Phelan MW, Vanzijl PS, Philosophie B, Sklar GN. Venacavoscopy during nephrectomy for renal cell carcinoma with inferior vena caval thrombus. *J Urol* 2006 Aug;176(2):468-71. [PubMed](#)
5. Remzi M, Özsoy M, Klingler HC, Susani M, Waldert M, Seitz C, Schmidbauer J, Marberger M. Are small renal tumors harmless? Analysis of histopathological features according to tumors 4 cm or less in diameter. *J Urol* 2006 Sep;176(3):896-9. [PubMed](#)
6. Bellmunt J, Albiol S. Chemotherapy for metastatic or unresectable bladder cancer. *Semin Oncol* 2007 Apr;34(2):135-44. [PubMed](#)
7. Cathelineau X, Arroyo C, Rozet F, Barret E, Vallancien G. Laparoscopic assisted radical cystectomy: the montsouris experience after 84 cases. *Eur Urol* 2005 Jun;47(6):780-4. [PubMed](#)
8. Hautmann RE, Gschwend JE, de Petriconi RC, Kron M, Volkmer BG. Cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: results of a surgery only series in the neobladder era. *J Urol* 2006 Aug;176(2):486-92; discussion 491-2. [PubMed](#)
9. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO, Vogelzang NJ, Trump DL, de Vere White RW, Sarosdy MF, Wood DP Jr, Raghavan D, Crawford ED. Neoadjuvant

- chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med* 2003 Aug 28;349(9):859-66. [PubMed](#)
10. Feldman DR, Bosl GJ, Sheinfeld J, Motzer RJ. Medical treatment of advanced testicular cancer. *JAMA* 2008 Feb 13;299(6):672-84. [PubMed](#)
 11. Garcia-Serra AM, Zlotecki RA, Morris CG, Amdur RJ. Long-term results of radiotherapy for early-stage testicular seminoma. *Am J Clin Oncol* 2005 Apr;28(2):119-24. [PubMed](#)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kiuru M, Kujala M, Aittomäki K. Inherited forms of renal cell carcinoma. *Scand J Surg* 2004;93(2):103-11. [PubMed](#)
2. Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review. *J Urol* 2003 Jul;170(1):5-11. [PubMed](#)

Authors: Olavi Lukkarinen Article : ebm00248 (011.043) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 4.3.2009 www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години**
- 3. Предвидено следно ажурирање до март 2015.**