



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”

Ļaundabīgo audzēju recidīvu primārā un sekundārā diagnostika, nosakot secīgu izmeklējumu nepieciešamību noteiktu simptomu vai iepriekšējo izmeklējumu rezultātu gadījumā un iekļaujot vienotu konsiliju veidlapu

Nieres blādiņas, urīnvada, urīnpūšļa vēzis (C65, C66, C67)

KLĪNISKAIS CEĻŠ

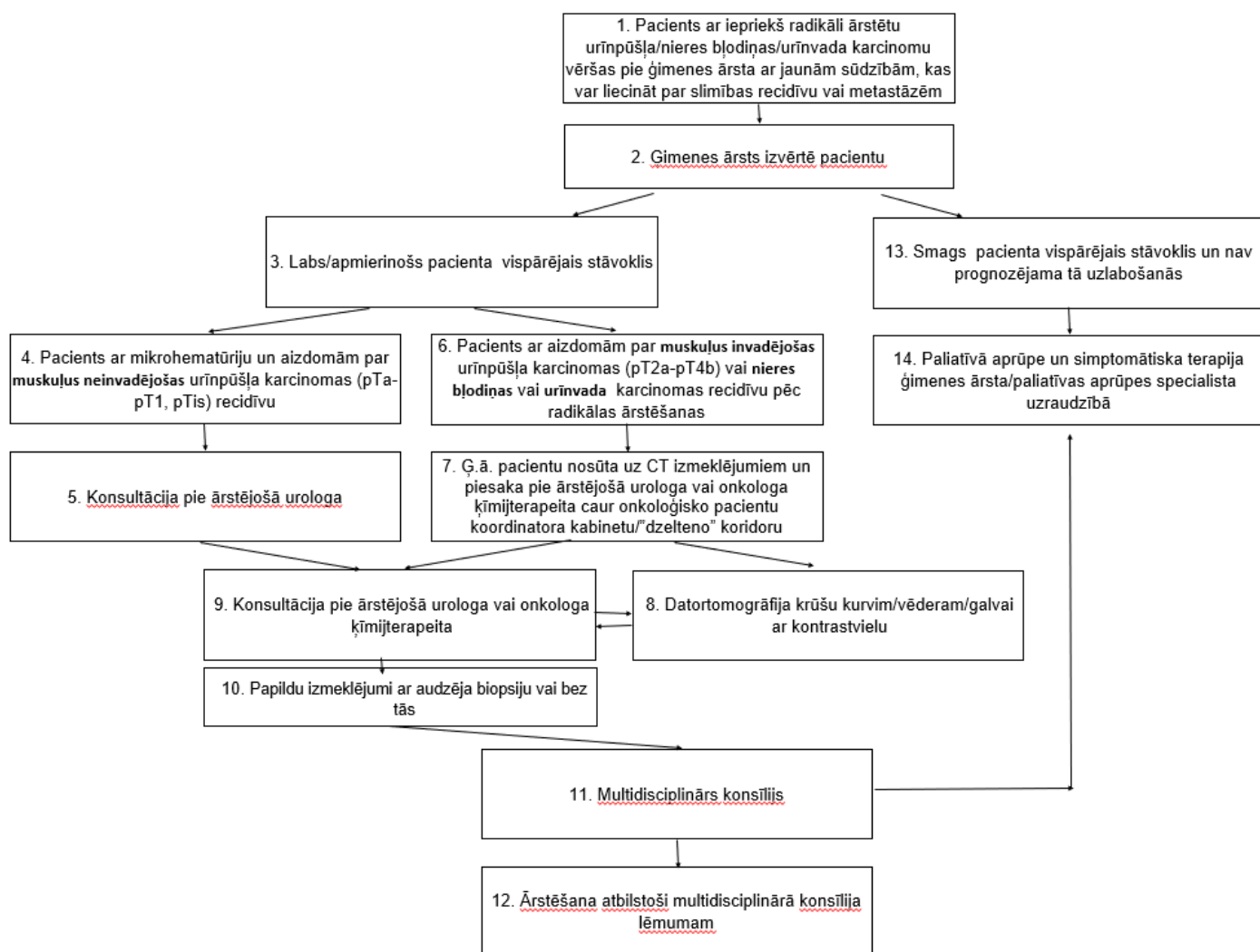
Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ projekta “Klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā” (Iepirkuma identifikācijas Nr.VM 2022/29/ESF) ietvaros

Darba grupas dalībnieki: Ilze Aizsilniece, ģimenes ārste, Aija Geriņa-Bērziņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Viktors Kozirovskis, onkologs ķīmijterapeits, Eva Vecvagare, onkoloģe ķīmijterapeite, Sigita Hasnere, onkoloģe ķīmijterapeite, Elīna Sīviņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Līga Keiša-Ķirse, onkoloģe ķīmijterapeite, prof. Ardis Platkājis, radiologs diagnostis, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

Saīsinājumi

CT	– datortomogrāfija
ECOG	– Eastern Cooperative Oncology Group
i/v	– intravenoza
k/v	– kontrastviela
MR	– magnētiskā rezonanse
PSKUS	– Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca
RAKUS	– Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

Klīniskā ceļa shēma



Klīniskā ceļa apraksts

1. Pacients ar iepriekš radikāli ārstētu urīnpūšļa/nieres blādiņas/urīnvada vēzi vērsas pie ģimenes ārsta ar jaunām sūdzībām, kas var liecināt par slimības recidīvu vai metastāzēm.

Pacients ar iepriekš radikāli ārstētu urīnpūšļa/nieres blādiņas/urīnvada vēzi ir noņemts no onkologu uzskaites un atrodas ģimenes ārsta uzraudzībā. Pašreiz pacientam radušās jaunas sūdzības, kas varētu liecināt par urīnpūšļa/nieres blādiņas/urīnvada vēža recidīvu vai metastāzēm.

Visbiežāk ir iespējamās šādas jaunas sūdzības:

- neizskaidrojama mikrohematūrija un dizūrija;
- atkārtotas un biežas urīnceļu infekcijas;
- asins piejaukums urīnam;
- sāpes sānos;
- taustāms veidojums vēderā;
- taustāmi palielināti mezgli uz ķermeņa;
- kaulu sāpes;
- klepus bez iekaisuma pazīmēm, progresējošs elpas trūkums, sāpes krūškurvī;
- nepārejošas galvassāpes, slikta dūša/vemšana, epilepsija, vājums/paralīze/jušanas traucējumi locekļos, reibonis/koordinācijas un gaitas traucējumi, redzes/runas traucējumi, atmiņas/domāšanas traucējumi, progresējoši urinācijas/defekācijas traucējumi;
- vispārējā stāvokļa pasliktināšanās.

2. Ģimenes ārsts izvērtē pacientu

Pacients ar sūdzībām dodas pie primārās aprūpes ārsta (ģimenes ārsts), kuram, noskaidrojot anamnēzi un izmeklējot pacientu, rodas aizdomas par iespējamu urīnpūšļa/nieres blādiņas/urīnvada vēža recidīvu vai metastāzēm. Ģimenes ārsts veic pacienta fizikālo izmeklēšanu, vispārējā stāvokļa izvērtēšanu un rutīnas analīzes. Ja pacientam ir simptomi, kas apdraud viņa dzīvību, tad pacients tiek nosūtīts uz neatliekamās palīdzības centru.

3. Labs/apmierinošs vispārējais stāvoklis

Tālāka izmeklēšana ir mērķtiecīga, ja pacienta vispārējais stāvoklis ir labs/apmierinošs un izmeklēšanai var sekot specifiska terapija.

4. Pacients ar mikrohematūriju un aizdomām par muskuļus neinvadējošas urīnpūšļa karcinomas (pTa–pT1, pTis) recidīvu

Radikāla ārstēšana muskuļus neinvadējoša urīnpūšļa vēža gadījumā ir transuretrāla urīnpūšļa rezekcija, kam bieži seko lokāla jeb intravezikāla ķīmijterapijas vai *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) ievadīšana. Pēc saņemtās terapijas pacienti turpina novēroties pie urologa, parasti piecus gadus. Vēlino (vairāk nekā piecus gadus pēc saņemtās terapijas beigām) recidīvu risks šiem pacientiem ir aptuveni 10–15% ([Witjes J.A. 2021](#)).

Visbiežākā atrade ir tikai neizskaidrojama mikrohematūrija.

5. Konsultācija pie ārstējošā urologa

Mikrohematūrijas gadījumā ģimenes ārsts pacientu paātrinātā kārtā nosūta pie ārstējošā urologa, lai veiktu biopsiju cistoskopijas/ureteroskopijas vai transuretrālas urīnpūšļa rezekcijas laikā.

6. Pacients ar aizdomām par muskuļus invadējošas urīnpūšļa karcinomas (pT2a–pT4b) vai nierēs bļodiņas vai urīnvada vēža recidīvu pēc radikālas ārstēšanas

Muskuļus invadējošas urīnpūšļa karcinomas gadījumā radikāla ārstēšana ir pirmsoperācijas ķīmijterapija ar sekojošu cistektomiju vai kombinēta terapija ar transuretrālu urīnpūšļa rezekciju un radikālu vienlaicīgu staru-ķīmijterapiju. Lokāls recidīvs notiek sākotnējās operācijas rajonā mīkstajos audos vai limfmezglos. Cistektomijas gadījumā ir 5–15% recidīva risks iegurnī, kas parasti rodas pirmo 24 mēnešu laikā, visbiežāk 6–18 mēnešu laikā pēc operācijas. Tomēr vēlīni recidīvi var rasties līdz pat pieciem gadiem pēc operācijas. Attālas metastāzes novēro līdz pat 50% pacientu pēc cistektomijas. Visbiežāk tiek skarti limfmezgli, plaušas, aknas un kauli. Gandrīz 90% attālo metastāžu rodas pirmajos trīs gados pēc operācijas, galvenokārt pirmajos divos gados, lai gan ir aprakstīta arī vēlīna diseminācija pēc vairāk nekā 10 gadiem. Pēc cistektomijas var veidoties jauni urīnizvadkanāla audzēji ar biežumu aptuveni 4,4% (1,3–13,7%). Sekundāro urīnizvadkanāla audzēju riska faktori ir audzēji urīnizvadkanāla prostatas daļā/prostatā (vīriešiem) un urīnpūšļa kaklā (sievietēm).

([EAU Guidelines. Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. 2023](#)).

Nieres bļodiņas vai urīnvada uroteliālā vēža gadījumā izmanto radikālu nefroureterektomiju ± perioperatīvu ķīmijterapiju. Pēcoperācijas recidīvi ir bieži sastopami un var rasties dažādās vietās: urīnpūslī (30%), lokoreģionāli (20%), attālināti (10–20%) un kontralaterālā augšējā urīnceļu traktā (2–6%). ([Locke et al 2018](#)).

Simptomu spektrs var būt dažāds atkarībā no recidīva un metastāžu lokalizācijas.

7. Ģimenes ārsts pacientu nosūta uz CT izmeklējumiem un piesaka pie ārstējošā urologa vai onkologa ķīmijterapiā, izmantojot onkoloģisko pacientu koordinatoru/“dzeltenu koridoru”

Ja ģimenes ārstam ir aizdomas par audzēja lokālu recidīvu vai audzēja attālām metastāzēm, pacients paātrinātā kārtā tiek nosūtīts uz atbilstošu CT krūškurvim/vēderam/galvai ar i/v k/v un tiek pieteikts uz konsultāciju pie ārstējošā urologa vai onkologa ķīmijterapiā.

Ja CT konstatē audzēja lokālu recidīvu, tad ģimenes ārsts pacientu paātrinātā kārtā nosūta pie ārstējošā urologa. Ja radioloģiski ir aizdomas par attālām metastāzēm, tad pacients tiek nosūtīts pie onkologa ķīmijterapiā. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

8. Datortomogrāfija krūškurvim/vēderam/galvai ar kontrastvielu

Ģimenes ārsts izsniedz nosūtījumu pacientam uz atbilstošu CT krūškurvim/vēderam/galvai ar i/v k/v paātrinātā kārtā.

Ja pacientam kontrastviela ir kontrindicēta, rekomendē veikt CT bez kontrastvielas.

9. Konsultācija pie ārstējošā urologa vai onkologa ķīmijterapiā

Ja datortomogrāfija nebūs veikta līdz konsultācijai pie ārsta speciālista (urologa vai onkologa ķīmijterapiā), tad ārsts speciālists nozīmēs pacientam CT izmeklējumu.

Ja ārsts speciālists novērtē pacienta vispārējo stāvokli kā smagu, nav prognozējama tā uzlabošanās un nav iespējams saņemt specifisku pretvēža terapiju, pacients tiek izvērtēts multidisciplinārā onkoloģiskā konsīlijā un ar tā lēmumu tiek novirzīts paliatīvai aprūpei un simptomātiskai terapijai ģimenes ārsta/paliatīvās aprūpes speciālista uzraudzībā.

10. Papildu izmeklējumi ar audzēja biopsiju vai bez tās

Ja pēc CT izmeklējuma nav iespējams izvērtēt metastātisko procesu un spriest par audzēja lokālu recidīvu, tad radiologs rekomendē veikt MR ar k/v. Uz MR nosūtaārsts speciālists.

Lokāla recidīva gadījumā pacientam tiek veikta atkārtota biopsija vai rezekcija, ja tehniski tas ir iespējams. Biopsiju veic invazīvais radiologs, rezekciju – urologs.

Pacientiem sakarā ar aizdomām par attālām metastāzēm audzēja morfoloģiska verifikācija tiek veikta gadījumos, kad nav lokāla recidīva un pastāv diferenciāldiagnoze ar citu audzēju vai citu slimību. Ja attālu metastāžu biopsija

tehniski nav iespējama bez lielas ķirurģiskas manipulācijas vai ir ar augstu komplikāciju risku, tā netiek veikta.

11. Multidisciplinārs onkoloģiskais konsīlijs

Pacientu uz onkoloģisko konsīliju piesaka ārsts speciālists, kas diagnosticē audzēja progresiju. Multidisciplinārā onkoloģiskajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, urologs, radiologs diagnost, patologs un ārstējošais ārsts. Onkoloģiskā konsīlija mērķis ir izlemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta vispārējam stāvoklim un prognozei.

Onkoloģiskais konsīlijs izvērtē papildu izmeklējumu vai biopsijas veikšanas nepieciešamību.

Onkoloģiskais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kam nav veikti radioloģiskie izmeklējumi smagā vispārējā stāvokļa dēļ, bet pacients ir bijis nosūtīts pie ārsta speciālista. Gadījumos, ja nav iespējams saņemt specifisku pretvēža terapiju, onkoloģiskais konsīlijs lemj par simptomātisku terapiju un paliatīvo aprūpi.

12. Ārstēšana atbilstoši onkoloģiskā konsīlija lēmumam

Uroteliālās karcinomas recidīva vai metastāžu ārstēšanas iespējas ir operācija, staru terapija, ķīmijterapija, imūnterapija vai šo metožu kombinācija.

Atsevišķos gadījumos, ja ir nepārliecinoša radioloģiskā atrade, pacientiem var nozīmēt arī novērošanu dinamikā, ko veic ārsts speciālists.

Ja pacienta vispārējais stāvoklis tiek vērtēts kā smags (ECOG 3 vai ECOG 4, atsevišķos gadījumos ECOG 2) vai visas terapijas metodes ir izsmeltas, tad pacientam nozīmē simptomātisku terapiju un paliatīvo aprūpi.

13. Smags vispārējais stāvoklis – ECOG ≥ 3

Ja pacientam vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG ≥ 3) un nav prognozējama tā uzlabošanās, tad tālāka izmeklēšana nav mērķtiecīga un pacients turpina saņemt simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

ECOG 3 – pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% laika – pavada gultā un ir spējīgs veikt tikai ierobežotu pašaprūpi.

ECOG 4 – pacients pilnībā piesaistīts gultai un nevar veikt nekādu pašaprūpi.

14. Paliatīvā aprūpe un simptomātiska terapija

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags, turpmāka izmeklēšana nav mērķtiecīga, jo specifiska pretvēža terapija vairs nav piemērojama. Šādos gadījumos ģimenes ārsts nodrošina simptomātisku terapiju savas kompetences robežās. Pacientam un viņa radniekiem rekomendē vērsties pie paliatīvās aprūpes speciālista un uztura speciālista, ja pacientam vēro svara zudumu. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

Arī pacientiem, kam jau iepriekš onkologu konsīlijs ir lēmis par tālāko simptomātisko terapiju un paliatīvo aprūpi (pacients atrodas slimības terminālā fāzē un visas specifiskās pretvēža terapijas metodes jau ir izsmeltas vai nav bijušas iespējamās), simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā simptomātisko terapiju savas kompetences robežās nodrošina ģimenes ārsts sadarbībā ar paliatīvās aprūpes speciālistu.

Informācija pacientam

Ja jums iepriekš ir ārstēts urīnpūšļa/nieres bļodiņas/urīnvada vēzis, risks slimībai atgriezties saglabājas arī pēc vairākiem gadiem, kad vairs neesat onkologa uzskaitē. Tāpēc jums ir svarīgi pievērst uzmanību jaunām sūdzībām, kas varētu liecināt par urīnpūšļa/nieres bļodiņas/urīnvada vēža recidīvu vai metastāzēm. Visbiežāk ir iespējamās šādas jaunas sūdzības:

- atkārtoti laboratoriski konstatēti paaugstināti eritrocīti urīnā;
- neizskaidrojami urinācijas traucējumi;
- atkārtotas un biežas urīnceļu infekcijas;
- asins piejaukums urīnam;
- sāpes sānos;
- taustāms veidojums vēderā;
- taustāmi palielināti mezgli uz ķermeņa;
- kaulu sāpes;
- klepus bez iekaisuma pazīmēm, progresējošs elpas trūkums, sāpes krūškurvī;
- nepārejošas galvassāpes, slikta dūša/vemšana, epilepsija, vājums/paralīze/jušanas traucējumi locekļos, reibonis/koordinācijas un gaitas traucējumi, redzes/runas traucējumi, atmiņas/domāšanas traucējumi, progresējoši urinācijas/defekācijas traucējumi;
- vispārējā stāvokļa pasliktināšanās.

Ja jums rodas sūdzības, nekavējoties jādodas pie primārās aprūpes ārsta (ģimenes ārsta), kas vajadzības gadījumā jūs nosūtīs padziļinātai izmeklēšanai uz kādu no specializētajām slimnīcām (uz RAKUS, PSKUS, Daugavpils vai Liepājas reģionālo slimnīcu). Ja ārstam, noskaidrojot anamnēzi, veicot analīzes un CT izmeklējumus, rodas aizdomas par iespējamu vēža atgriešanos, viņš paātrinātā kārtā jūs pierakstīs pie urologa vai onkologa ķīmijterapeita, kurš nodarbojas ar onkoloģisku pacientu

ārstēšanu. Pieņemšana pie atbilstoša speciālista jānodrošina 10 dienu laikā no brīža, kad uz to piesakāties. Ārsts speciālists lems jautājumu par nepieciešamajiem papildu izmeklējumiem un tos organizēs. Pēc visu nepieciešamo izmeklējumu veikšanas urologs vai onkologs ķīmijterapeits jūsu gadījumu prezentēs multidisciplinārā onkoloģiskajā konsīlijā. Onkoloģiskā konsīlija mērķis ir izlemt par labāko terapijas taktiku atbilstoši jūsu izmeklējumu rezultātiem, vispārējam stāvoklim un prognozei. Onkoloģiskais konsīlijs var lemt par papildu izmeklējumiem vai biopsijas veikšanas nepieciešamību. Uroteliālā vēža recidīva vai metastāžu ārstēšanas iespējas ir operācija, staru terapija, ķīmijterapija, imūnterapija vai šo metožu kombinācija. Atsevišķos gadījumos, ja ir nepārlicinoša radioloģiskā atrade, pacientiem var nozīmēt arī novērošanu dinamikā, ko veic ārsts speciālists. Ja pacienta vispārējais stāvoklis tiek vērtēts kā smags vai visas terapijas metodes ir izsmeltas, tad pacientam tiek nozīmēta simptomātiska terapija un paliatīvā aprūpe.

Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta

- Konsultācija pie onkologa ķīmijterapeita vai urologa tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- CT ar k/v tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- MR ar k/v tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- Ja MR laikā nepieciešama vispārējā narkoze, atsevišķās iestādes šis pakalpojums pacientam jāsedz no personiskajiem līdzekļiem.

Onkoloģijas koordinators stacionāros, kuros tiek nodrošināta onkoloģisko pacientu specifiska ārstēšana, pašlaik nav pieejams, bet ir plānots.

Atsauces

1. Witjes, J.A. Follow-up in non-muscle invasive bladder cancer: facts and future. *World J Urol* 39, 4047–4053 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03569-2>
2. EAU Guidelines. Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. Edition presented at the EAU Annual Congress Milan 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.
3. Locke JA, Hamidizadeh R, Kassouf W, Rendon RA, Bell D, Izawa J, Chin J, Kapoor A, Shayegen B, Lattouf JB, Saad F, Lacombe L, Fradet Y, Fairey AS, Jacobson NE, Drachenberg DE, Cagiannos I, So AI, Black PC. Surveillance guidelines based on recurrence patterns for upper tract urothelial carcinoma. *Can Urol Assoc J*. 2018 Aug;12(8):243-251. doi: 10.5489/cuaj.5377. Epub 2018 Apr 12. PMID: 29688881; PMCID: PMC6114151.