

# Rak pęcherza moczowego – specjalistyczne wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej

- Epidemiologia, czynniki ryzyka, metody prewencji i rozpoznawanie raka pęcherza
- Leczenie chorych na raka pęcherza – specjalistyczne i prowadzone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej



**lek. Hubert Kamecki<sup>1</sup>**



**dr hab. n. med.  
Roman Sosnowski<sup>1</sup>**



**dr hab. n. med.  
Jakub Dobruch<sup>2</sup>**



**prof. dr hab. n. med.  
Tomasz Demkow<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Klinika Nowotworów Układu Moczowego, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

<sup>2</sup>Klinika Urologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

## DIAGNOSTYKA

Według danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów w 2017 r. 3955 osób zmarło w Polsce z powodu raka pęcherza moczowego<sup>1</sup>. Analiza trendów umieralności z lat 90. XX wieku oraz z pierwszej dekady bieżącego stulecia wykazuje, że Polska była w tym okresie jednym z nielicznych (obok Bułgarii i Rumunii) krajów dzisiejszej Unii Europejskiej, w których nie obserwowano spadku umieralności z powodu raka pęcherza moczowego<sup>2</sup>. W opublikowanym w 2017 r. badaniu epidemiologicznym analizującym dane pochodzące z ostatnich lat wykazano, że przeciętny Polak, tracąc około 16 lat swojego życia, czyli przynajmniej o około 3 lat więcej niż w USA<sup>3</sup>. Wśród potencjalnych przyczyn takiego stanu rzeczy wymieniane są przede wszystkim wysoki stopień zaawansowania choroby w chwili rozpoznania<sup>4</sup> oraz zbyt późne radykalne leczenie polskich pacjentów<sup>5</sup>. Choć na poprawę aktualnej sytuacji znaczny wpływ mogłyby mieć reorganizacja systemu ochrony zdrowia i zwiększenie dostępu do świadczeń, to nie można w tym kontekście nie przecenić wysiłku lekarzy – nie tylko urologów i onkologów, ale też lekarzy innych specjalności, w tym szczególnie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest przedstawienie specjalistycznej wiedzy i praktycznych zaleceń pomagających w zapobieganiu, prawidłowym szybkim rozpoznaniu, a także w zrozumieniu istoty choroby, jaką jest rak pęcherza moczowego.

## Zapobieganie

Podstawowym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego jest ekspozycja na toksyny zawarte w dymie tytoniowym. Choć poznane są inne, mniej rozpowszechnione czynniki ryzyka, takie jak ekspozycja na substancje zawarte w farbach i rozpuszczalnikach lub picie chlorowanej wody, uważa się, że to właśnie palenie papierosów jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka, będącym przyczyną około połowy wszystkich rozpoznawanych przypadków raka pęcherza<sup>6</sup>. Społeczna świadomość tego faktu jest niska. Z przeprowadzonych w USA badań wynika, że podczas gdy 91-98% ankietowanych pacjentów prawidłowo uznawało palenie papierosów za czynnik ryzyka zachorowania na raka płuca, zaledwie 25-51% wiedziało o jego wpływie na ryzyko zachorowania na raka pęcherza moczowego<sup>7-9</sup>. Z własnych obserwacji autorów artykułu wynika, że w Polsce odsetek ten może być jeszcze niższy.

Zależność między paleniem papierosów a rakiem pęcherza szczególnie silnie zaznaczona jest u kobiet. Na podstawie przeprowadzonego w USA obszernego prospektywnego badania ustalono, że ryzyko zachorowania na raka pęcherza moczowego jest prawie czterokrotnie większe (iloraz zagrożeń [HR – hazard ratio] 3,89) u aktywnego palacza niż u osoby nigdy niepalącej, a u aktywnej palaczki – aż niemal pięciokrotnie większe (HR 4,65)<sup>10</sup>. Zależność ta rosła wraz z liczbą wypalanych papierosów, od HR 3,11 dla mężczyzny wypalającego dziennie do 10 papierosów do HR 6,02 dla kobiety palącej 31-40 papierosów dziennie. Kancerogeny wpływ toksynu dymu tytoniowego na pęcherz moczowy jest wyjątkowo silny i długotrwały, również w przypadku ekspozycji biernej w przeszłości – wykazano, że nigdy niepalące kobiety, u których ekspozycja na dym tytoniowy ograniczała

się do mieszkania w dzieciństwie z co najmniej dwiema osobami palącymi, były obarczone trzykrotnie większym ryzykiem zachorowania na raka pęcherza moczowego (iloraz szans [OR – odds ratio] 3,08, 95% CI 1,16-8,22)<sup>11</sup>.

Mimo to – co warto zaznaczyć – wpływ ekspozycji na dym tytoniowy nie jest permanentny i maleje wraz z upływem czasu. W przytoczonym powyżej prospektywnym badaniu<sup>10</sup> stwierdzono, że podczas gdy mężczyzna palący >40 papierosów dziennie jest obarczony ponad czterokrotnie (HR 4,14) większym ryzykiem zachorowania na raka pęcherza moczowego niż osoba niepaląca, ów stosunek ryzyka maleje już po 1-5 latach od zaprzestania palenia (HR 3,32), osiągając poziom 2,52 po 10 latach. Zależność między upływem lat od zaprzestania palenia a zmniejszaniem się ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego zaobserwowano u obu płci, niezależnie od liczby wypalanych papierosów.

Mając na uwadze powyższe, podstawowym kierunkiem interwencji mającej na celu obniżenie zapadalności, a co za tym idzie – śmiertelności z powodu raka pęcherza moczowego powinno być maksymalne ograniczenie ekspozycji organizmu na dym tytoniowy. Choć przyczynić się do tego mogłyby konkretne rozwiązania prawne i administracyjne (głównie w celu ograniczenia ekspozycji biernej), to jednak znacząca odpowiedzialność spoczywa na lekarzach wszystkich specjalności, przede wszystkim na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej, to znaczy na osobach mających odpowiedni autorytet, umiejętności i możliwości pozwalające pomóc pacjentom w rozpoczęciu i kontynuacji procesu zaprzestania palenia.

Autorzy artykułu gorąco zachęcają do stosowania w codziennej praktyce klinicznej schematu pięciu A, będącego formą krótkiej interwencji o udowodnionej skuteczności<sup>12</sup>. Pięć liter A odpowiada anglojęzycznym nazwom pięciu kolejnych etapów interwencji: ask, czyli „zapytaj” – każdego pacjenta, w trakcie zbierania wywiadu, czy pali papierosy; dalej advice, czyli „udziel porady” – że palenie papierosów jest szkodliwe i pacjent odniesie wymierną korzyść zdrowotną z jego zaprzestania; po trzecie, assess, czyli „oceni” – czy pacjent jest chętny, aby podjąć próbę zaprzestania palenia (na przykład zadając pytanie: „Czy chciałby/a pan/pani skorzystać z mojej pomocy w rzuceniu palenia?”); następnym krokiem jest assist, czyli „pomóż” – na przykład oferując konkretną interwencję behawioralną lub farmakologiczną bądź kierując do odpowiedniego ośrodka zajmującego się pomocą palącym; ostatnie A pochodzi od arrange, czyli „umów” – wizytę kontrolną w celu oceny realizacji planu zaprzestania palenia.

Pomoc w rzucaniu palenia jest postępowaniem trudnym i nierzadko wymagającym doświadczenia. Na terenie Polski istnieją wyspecjalizowane placówki, finansowane ze środków publicznych, których celem jest udzielenie kompleksowego (lekarsko-psychologicznego) wsparcia osobom palącym palenie. Jedną z nich jest Poradnia Pomocy Palącym Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie; w celu rozpoczęcia terapii nie jest wymagane skierowanie, bezpośrednia rejestracja prowadzona jest pod numerem telefonu: 22 643-92-34.

## Rozpoznanie

Raka pęcherza moczowego można rozpoznać wyłącznie na podstawie badania histopatologicznego. Materiał do badania pobierany jest podczas zabiegu przezcewkowego usunięcia guza pęcherza moczowego (TURBT – transurethral resection of bladder tumor). Wskazaniem do wykonania TURBT jest przede wszystkim stwierdzenie w pęcherzu moczowym zmiany mogącej wskazywać na czynny proces nowotworowy, uwidocznionej w cystoskopii (czyli przezcewkowej optycznej inspekcji pęcherza) lub w badaniach obrazowych (ultrasonografii bądź tomografii komputerowej).

Nie istnieje program przesiewowej diagnostyki w kierunku raka pęcherza moczowego, nawet u osób z czynnikami ryzyka, co wynika z relatywnie niewielkiej częstości występowania tej choroby w populacji, dużej inwazyjności procedur diagnostycznych oraz niskiej swoistości mniej inwazyjnych i mało kosztownych metod (np. badania ogólnego moczu w poszukiwaniu erytrocyturii). Rolą każdego lekarza, a przede wszystkim lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jest zatem zachowanie szczególnej czujności w przypadku stwierdzenia u pacjenta objawów lub oznak mogących sugerować obecność zmian nowotworowych w pęcherzu.

Podstawowym, podręcznikowym wręcz objawem raka pęcherza moczowego jest bezbolesny krwimocz makroskopowy, czyli stwierdzana gołym okiem obecność krwi w moczu. Dzieje się tak, gdyż zmiany nowotworowe w obrębie błony śluzowej pęcherza moczowego charakteryzują się dużą skłonnością do krwawień i bardzo długo krwimocz może być jedynym objawem postępującej choroby. Swoistość krwimoczu makroskopowego jako objawu raka pęcherza moczowego jest dość niska. Opublikowano badanie, w którym stwierdzono, że prawdopodobieństwo, w jakim u pacjenta z krwimoczem makroskopowym rozpoznawano raka pęcherza moczowego, wyniosło zaledwie 2,8% u osób >60 roku życia i 1,2% w grupie chorych w wieku 40-59 lat<sup>13</sup>. Owa niska dodatnia wartość predykcyjna wynika między innymi z faktu, że krew w moczu dość często można zaobserwować u pacjentów z aktywną infekcją układu moczowego. Niemniej w razie wystąpienia krwimoczu, niezależnie od okoliczności, nigdy nie wolno zaniechać diagnostyki w kierunku nowotworów układu moczowego – przede wszystkim raka pęcherza (na przykład nie można wykluczyć, że zapalenie dróg moczowych, w przebiegu którego doszło do przekrwienia błony śluzowej, nie było po prostu czynnikiem wywołującym krwawienie z obecnego w pęcherzu guza).

Oznaką raka pęcherza moczowego może być nie tylko krew widoczna w moczu gołym okiem, ale też tak zwany krwimocz mikroskopowy, inaczej krwinkomocz lub erytrocyturia, to znaczy obecność w moczu krwinek czerwonych stwierdzanych wyłącznie laboratoryjnie, w badaniu ogólnym moczu. Choć erytrocyturia, będąca znaleziskiem dość częstym w codziennej praktyce klinicznej, cechuje się jeszcze niższą dodatnią wartością predykcyjną dla rozpoznania raka pęcherza moczowego niż krwimocz makroskopowy, to jednak również i ona powinna być przez lekarza potraktowana jako potencjalna oznaka raka. W opublikowanym w 2016 r. dużym badaniu, w którym analizie poddano dane pochodzące

od prawie 1500 pacjentów z rozpoznanym rakiem pęcherza moczowego, ustalono, że aż u 13,7% z nich stwierdzano uprzednio krwimocz wyłącznie mikroskopowy<sup>14</sup>. Z kolei w cytowanym w poprzednim akapicie badaniu<sup>13</sup> wykazano, że krwinkomocz wiązał się z prawdopodobieństwem rozpoznania raka pęcherza moczowego u pacjentów >60 roku życia wynoszącym 1,6% oraz 0,8% u pacjentów młodszych (40-59 lat). W innej niedawno opublikowanej pracy stwierdzono, że wśród pacjentów, u których z powodu erytrocyturii wykonano cystoskopię, u 1,2% rozpoznano raka pęcherza moczowego<sup>15</sup>.

U każdego pacjenta z krwimoczem lub z krwinkomoczem bezwzględnie należy wykonać USG układu moczowego, koniecznie przy wypełnionym pęcherzu (zapadnięte ściany pęcherza uniemożliwiają zaobserwowanie nieprawidłowości w obrębie tego narządu, a fałszywie ujemna interpretacja takiego badania jest często spotykanym w praktyce klinicznej błędem). USG układu moczowego jest to badanie stosunkowo tanie i powszechnie dostępne, bez istotnych działań niepożądanych, pozwalające ocenić układ moczowy pod kątem ewentualnych ewidentnych patologii. Ponadto stwierdzenie guza w pęcherzu moczowym w badaniu USG znacznie przyspiesza ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. Każdego pacjenta z krwimoczem lub z krwinkomoczem należy bezwzględnie skierować do poradni urologicznej w celu kwalifikacji do cystoskopii. Równolegle u każdego takiego pacjenta należy wykonać diagnostykę w kierunku infekcji dróg moczowych (pamiętając, że obecność bakterii w moczu bez stwierdzenia cech stanu zapalnego w badaniu ogólnym moczu nie świadczy o infekcji), gdyż zakażenie jest jedną z najczęstszych przyczyn krwimoczu lub krwinkomoczu, a ewentualna niewyleczona infekcja utrudni i opóźni dalszy proces diagnostyczny.

Warto zaznaczyć, że istnieje pewien niewielki odsetek pacjentów z rakiem pęcherza moczowego, u których przed rozpoznaniem choroby nie stwierdza się ani krwimoczu makroskopowego, ani erytrocyturii. Choć w dużej mierze mogą być to chorzy, u których guz pęcherza moczowego stwierdzono przypadkowo, to znaczy przy okazji wykonywanych z innych przyczyn badań obrazowych, to innym istotnym objawem, który powinien naprowadzić lekarza na trop podejrzenia raka pęcherza moczowego, mogą być uporczywe objawy podrażnieniowe z dolnych dróg moczowych, to znaczy częste parcia lub uczucie ciągłego parcia na mocz bądź bóle przy oddawaniu moczu niemające uzasadnienia w obiektywnie stwierdzonej jednoczesnej infekcji dróg moczowych.

## Leczenie specjalistyczne

Jak już wspomniano, w przypadku stwierdzenia w pęcherzu zmiany sugerującej aktywny proces nowotworowy (najczęściej jest to zmiana egzofityczna, to znaczy guz, nazywany niekiedy mylnie polipem lub brodawczakiem, niemal zawsze tożsamy ze zmianą złośliwą) kolejnym etapem postępowania jest wykonanie TURBT. Jest to zabieg zarówno diagnostyczny (pozwalający na uzyskanie materiału do badania histopatologicznego), jak i leczniczy. Co do zasady celem TURBT jest całkowite usunięcie podejrzanego zmiany z pęcherza moczowego, choć może się zdarzyć, że z uwagi na duże zaawansowanie procesu chorobowego, uniemożliwiająca doszczętną resekcję, urolog może ograniczyć zakres

# Nieprzerzutowy CRPC (M0) JAK ZATRZYMAĆ CZAS?





zabiegu wyłącznie do roli diagnostycznej, to znaczy jedynie do pobrania reprezentatywnych wycinków.

Wynik badania histopatologicznego pozwala na precyzyjne określenie stopnia zaawansowania choroby i ustalenie profilu ryzyka pacjenta, a co za tym idzie – dalszego planu postępowania. W przypadku stwierdzenia raka pęcherza moczowego, którego głębokość naciekania nie osiąga właściwej błony mięśniowej (zaawansowanie guza nie wyższe niż pT1 według klasyfikacji TNM), pacjent zostaje objęty baczna obserwacją, polegającą przede wszystkim na regularnych cystoskopiach z ewentualną oceną cytologii osadu moczu. W razie stwierdzenia choroby o cechach zwiększonego ryzyka, ocenionego na podstawie histopatologicznego stopnia złośliwości, wielkości bądź liczebności usuniętych zmian czy też liczby i częstości dotychczasowych nawrotów, pacjentowi proponuje się uzupełniającą terapię dopęcherzową, przede wszystkim przy użyciu wlewk szczepionki BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*). U niektórych pacjentów z rakiem nienaciekającym błony mięśniowej, lecz charakteryzującym się cechami wyjątkowo dużego ryzyka progresji można rozważyć usunięcie pęcherza moczowego (cystektomię radykalną).

Z kolei w razie stwierdzenia raka, którego utkanie obejmuje błonę mięśniową pęcherza moczowego, leczeniem z wyboru jest radykalna cystektomia poprzedzona neoadiuwantową chemioterapią systemową. Radykalna cystektomia polega na usunięciu pęcherza wraz z prostatą i pęcherzykami nasiennymi (u mężczyzn) lub macicą z przydatkami i przednią częścią pochwy (u kobiet) oraz na usunięciu lokalnych węzłów chłonnych. Podczas zabiegu wytwarza się u pacjenta pozapęcherzowe odprowadzenie moczu – najczęściej sposobem Brickera (zespolecie moczowodów z wypreparowaną pętlą jelita cienkiego, wyprowadzoną końcem na skórę pod postacią urostomii, na bieżąco odbierającą produkowany mocz), lub np. sposobem Studera (wytworzenie ortotopowego, tzn. zastępczego pęcherza z fragmentu wyizolowanego jelita i jego zespolenie z kikutem cewki moczowej, co umożliwi oddawanie moczu w sposób naturalny, lecz równocześnie wymaga od pacjenta ścisłej dyscypliny, przede wszystkim pod postacią regularnego opróżniania zastępczego pęcherza, również w nocy).

Pewnej grupie wyselekcjonowanych pacjentów, którzy zdecydowanie nie wyrażają zgody na zabieg usunięcia pęcherza moczowego lub też nie kwalifikują się do takiego zabiegu z istotnych przyczyn zdrowotnych, można zaproponować tak zwaną terapię trójmodalną, polegającą na maksymalnie doszczętnej przezcewkowej resekcji nowotworu, następnie zastosowaniu radioterapii na obszar pęcherza moczowego i w następnej kolejności – chemioterapii ogólnoustrojowej. Warto zaznaczyć, że ta metoda leczenia nie stanowi postępowania zalecanego jako podstawowe, a jej skuteczność onkologiczna wciąż pozostaje w obszarze badań naukowych.

## Leczenie prowadzone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Warto zaznaczyć, że choć większość procesu leczenia chorego na raka pęcherza moczowego odbywa się przy udziale urologa lub onkologa, to jednak bardzo istotną rolę w ciągłej opiece nad nim pełni również lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Jedną z najważniejszych nieurologicznych i nieonkologicznych interwencji, zalecaną u każdego pacjenta, u którego rozpoznano raka pęcherza moczowego, jest przede wszystkim zaprzestanie palenia. Opublikowano wiele prac, w których wykazano, że rzucenie palenia nawet już po rozpoczęciu leczenia z powodu raka pęcherza moczowego zmniejszyło ryzyko wznowy choroby i poprawiało rezultaty onkologiczne (choć hipoteza ta wciąż pozostaje przedmiotem badań naukowych)<sup>16,17</sup>. Nie można przy tym pominąć kwestii niewątpliwie korzystnego wpływu zaprzestania palenia na ogólne zdrowie pacjenta, a badania wykazują, że moment rozpoznania raka pęcherza moczowego jest idealny dla podjęcia takiej interwencji<sup>18</sup>. Choć to lekarz urolog jest osobą, na której spoczywa główny obowiązek skłonienia do zaprzestania palenia pacjenta, u którego właśnie rozpoznano raka pęcherza moczowego, to jednak w opublikowanym w 2012 r. badaniu, w którym udział wzięli mieszkańcy Kalifornii, wykazano, że aż 28% pacjentów, którzy rzucili palenie po rozpoznaniu raka pęcherza moczowego, dokonało tego przede wszystkim dzięki poradzcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej<sup>19</sup>.

Choć zalecany w wytycznych harmonogram kontrolnych cystoskopii wykonywanych w poradni urologicznej oparty jest na naturalnym przebiegu choroby i wynika ze znajomości typowego czasu ewentualnego nawrotu, to jednak może się zdarzyć, że wznowa nastąpi wyjątkowo szybko, a w jej wykryciu pomoże lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, do którego chory zgłosi się na wizytę. U pacjenta leczonego z powodu raka pęcherza moczowego należy zachować szczególnie wzmożoną czujność ukierunkowaną na potencjalne objawy wznowy lub progresji choroby, to znaczy krwimocz lub krwinkomocz czy też objawy podrażnieniowe z dolnych dróg moczowych (częste lub nasilone parcia na mocz, bóle lub dyskomfort przy oddawaniu moczu), a także na objawy ogólnoustrojowe, takie jak osłabienie lub niezamierzona utrata masy ciała. U chorego, u którego stwierdzi się podejrzenie wznowy lub progresji raka pęcherza moczowego, trzeba pilnie wykonać USG układu moczowego i zalecić niezwłoczną wizytę w macierzystej poradni urologicznej (lub onkologicznej). Należy ponownie podkreślić, że każde badanie USG układu moczowego powinno być wykonane przy wypełnionym pęcherzu moczowym.

Inną istotną kwestią, leżącą przede wszystkim w zakresie możliwości lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jest nadzór nad zdrowiem psychicznym chorego na raka pęcherza moczowego. U tych chorych depresja i zaburzenia lękowe występują ze zwiększoną częstością, a niewykryte i nieleczone mogą prowadzić zarówno do negatywnych konsekwencji dla zdrowia ogólnego, w tym do prób samobójczych, jak i pogarszać wyniki leczenia<sup>20,21</sup>. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jako lekarz pierwszego kontaktu, wydaje się osobą mającą najczęściej okazję i możliwość szybkiego rozpoznania zaburzeń zdrowia psychicznego i skierowania pacjenta do lekarza psychiatry lub włączenia podstawowego leczenia farmakologicznego.

Na zakończenie należy dodać, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien podejmować działania mające na celu zaangażowanie rodziny i bliskich osób w szeroko pojęty proces leczenia chorego na raka pęcherza, oczywiście za zgodą

## DIAGNOSTYKA

samego pacjenta. Wsparcie osób bliskich może mieć istotne znaczenie zarówno na etapie diagnostyki (motywacja do poddania się badaniom, kiedy lęk przed wykryciem raka może prowadzić do opóźnienia rozpoznania), jak i leczenia (pomoc w podejmowaniu trudnych decyzji o leczeniu, wiążących się potencjalnie z istotnymi następstwami dla jakości życia). Co więcej, wsparcie rodziny i bliskich osób może również stanowić istotną pomoc w rzuceniu palenia<sup>22</sup>. Zaangażowanie rodziny może także ułatwić pacjentowi ściśle stosowanie się do – nierazko trudnych i złożonych – zaleceń po przebytym leczeniu.

## Podsumowanie

Mimo rozwoju medycyny i coraz lepszego poznania przyczyn, metod zapobiegania i skutecznego leczenia raka pęcherza moczowego Polska jest jednym z nielicznych krajów Unii Europejskiej, w których nie obserwuje się trendu spadkowego umieralności z powodu tej choroby, głównie z powodu jej późnego rozpoznawania i rozpoczynania leczenia.

Palenie papierosów jest podstawowym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego, a pomoc w jego zaprzestaniu stanowi najistotniejszą interwencję,

którą każdy lekarz, zwłaszcza lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, może podjąć w celu obniżenia zapadalności na raka pęcherza moczowego, a także poprawy wyników leczenia osób dotkniętych tą chorobą.

Krwimocz, zarówno widoczny gołym okiem, jak i mikroskopowy (krwinkomocz), jest w większości przypadków jedynym objawem raka pęcherza moczowego, toteż każdy pacjent, u którego stwierdza się obecność krwi w moczu, powinien zostać skierowany do urologa, nawet jeżeli objaw ten towarzyszy infekcji układu moczowego.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej pełni istotną rolę w procesie leczenia raka pęcherza moczowego, mając możliwość wczesnego dostrzeżenia objawów ewentualnej wznowy choroby, a także udzielając całościowego wsparcia zdrowotnego pacjentowi, w tym sprawując pieczę nad jego zdrowiem psychicznym.

Adres do korespondencji:  
dr hab. n. med. Roman Sosnowski  
Klinika Nowotworów Układu Moczowego  
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
– Państwowy Instytut Badawczy  
ul. Roentgena 5, 02-782 Warszawa  
e-mail: roman.sosnowski@coi.pl

© 2021 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

## ABSTRACT

## Cancer of urinary bladder – a specialised challenge for primary care

Bladder cancer remains a significant public health issue and despite the current decline in bladder cancer mortality rates in most European countries, no such downtrend can be seen in Poland. Early diagnosis and initiation of treatment are crucial for maintaining good oncologic outcomes, thus warranting a high level of suspicion in every patient with either gross or microscopic hematuria. Smoking cessation appears to be a key primary care-based intervention that can potentially lead to a decline in bladder cancer incidence and mortality rates. The role of the primary care physician consists of prevention, by means of assistance in smoking cessation, early identification of patients with symptoms suggestive of bladder cancer, and post-treatment comprehensive support.

## Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Czaderny K i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów 2017
2. Bosetti C, Bertuccio P, Chatenoud L, et al. Trends in mortality from urologic cancers in Europe, 1970–2008. *Eur Urol* 2011;60(1):1–15
3. Jobczyk M, Pikala M, Różański W, et al. Years of life lost due to bladder cancer among. *Cent European J Urol* 2017;70(4):338–43
4. Poletajew S, Biernacki R, Buraczynski P, et al. Stage of bladder cancer in Central Europe – Polish perspective. *Neoplasma* 2016;63(4):642–7
5. Kwiatkowska M, Dybowski B, Kuczkiewicz-Siemion O, et al. Factors affecting one-year survival after radical cystectomy: A prospective study. *Cent European J Urol* 2017;70(3):238–44
6. Mori K, Mostafaei H, Abufaraj M, et al. Smoking and bladder cancer: review of the recent literature. *Curr Opin Urol* 2020;30(5):720–25
7. Nieder AM, John S, Messina CR, et al. Are patients aware of the association between smoking and bladder cancer? *Discussion 2408. J Urol* 2006;176:2405–8
8. Bjurlin MA, Cohn MR, Freeman VL, et al. Ethnicity and smoking status are associated with awareness of smoking related genitourinary diseases. *J Urol* 2012;188:724–8
9. Myrie AK, Matulewicz RS. Perceptions of the link between smoking and bladder cancer among United States adults. *J Urol* 2020. Online ahead of print. doi: 10.1097/JU.0000000000001415
10. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, et al. Association between smoking and risk of bladder cancer. *JAMA* 2011;306:737–45
11. Jiang X, Yuan JM, Skipper PL, et al. Environmental tobacco smoke and bladder cancer risk in never smokers of Los Angeles County. *Cancer Res* 2007;67(15):7540–5
12. Quinn VP, Hollis JF, Smith KS, et al. Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *J Gen Intern Med* 2009;24(2):149–54
13. Price SJ, Shephard EA, Stapley SA, et al. Non-visible versus visible haematuria and bladder cancer risk: a study of electronic records in primary care. *Br J Gen Pract* 2014;64(626):e584–e589
14. Ramirez D, Gupta A, Canter D, et al. Microscopic haematuria at time of diagnosis is associated with lower disease stage in patients with newly diagnosed bladder cancer. *BJU Int* 2016;117(5):783–6
15. Gonzalez AN, Lipsky MJ, Li G, et al. The relevance of bladder cancer during cystoscopy for asymptomatic microscopic hematuria. *Urology* 2019;126:34–38
16. Hou L, Hong X, Dai M, et al. Association of smoking status with prognosis in bladder cancer: A meta-analysis. *Oncotarget* 2017;8(1):1278–89
17. van Osch FHM, Jochems SHJ, Reulen RC, et al. The association between smoking cessation before and after diagnosis and non-muscle-invasive bladder cancer recurrence: a prospective cohort study. *Cancer Causes Control* 2018;29(7):675–83
18. Sosnowski R, Kamecki H, Bjurlin MA, et al. The diagnosis of bladder cancer: are we missing a teachable moment for smoking cessation? *Transl Androl Urol* 2019;8(Suppl. 3):S318–S321
19. Bassett JC, Gore JL, Chi AC, et al. Impact of a bladder cancer diagnosis on smoking behavior. *J Clin Oncol* 2012;30:1871–8
20. Vartolomei L, Ferro M, Mirone V, et al. Systematic review: depression and anxiety prevalence in bladder cancer patients. *Bladder Cancer* 2018;4(3): 319–32
21. Pham H, Torres H, Sharma P. Mental health implications in bladder cancer patients: A review. *Urol Oncol* 2019;37(2):97–107
22. Soulakova JN, Tang C-Y, Leonardo SA, et al. Motivational benefits of social support and behavioural interventions for smoking cessation. *J Smok Cessat* 2018;13(4):216–26