

Tihe ubojice - zloćudni tumori jajnika

Ginekologija

2000/11/travanj

Piše: dr.med. Goran Vujić, specijalista ginekologije i porodništva, Poliklinika IVF, Mirogojska 11, Zagreb, tel: 01/ 467 86 00

Karcinom jajnika najveći je izazov ginekologu-onkologu, ali i najveća nepoznanica znanstvenoj javnosti. Liječenje je dugotrajno i iscrpljujuće, sa ne baš ohrabrujućim rezultatima u uznapredovalim stadijima bolesti

Zloćudni tumori jajnika predstavljaju najveći izazov za kliničare koji se bave ginekološkom onkologijom. Rak jajnika čini 5% svih zloćudnih tumora u žene. Iako na rak jajnika otpada tek oko jedne četvrtine (23%) svih ginekoloških karcinoma, čak polovica (47%) svih smrti od genitalnog raka uzrokovano je karcinomom jajnika.

Ginekolozi i onkolozi su frustrirani i dan danas nepoznavanjem točnog uzroka nastanka karcinoma jajnika, kao i poraznom činjenicom da se u zadnja dva desetljeća nije značajno produžilo preživljenje žena koje obole od ove bolesti, unatoč napretku medicinske znanosti. Od raka jajnika u Hrvatskoj obolijeva 15 od 100 000 žena. Porazna je činjenica da broj novooboljelih ne pokazuje pad u novije vrijeme. Dapače, učestalost karcinoma jajnika raste i u do sada zemljama niskog rizika za tu bolest (Japan, Indija i dr.). Podaci kazuju da će 1 od 56 novorođenih djevojčica tijekom života oboljeti od ove teške bolesti. Više od 85% karcinoma jajnika porijekla su pokrovnog epitela (tzv. epitelni karcinomi). Ostali oblici karcinoma jajnika su znatno rjeđi i neće se obrađivati u ovom članku.

Epitelni karcinomi jajnika se najčešće javljaju u žena starijih od 50 godina. U dobi od 40.-44. godine učestalost karcinoma jajnika iznosi 15,7/100 000 žena. Potom učestalost dramatično raste te je najveća u dobnoj skupini 65-85 godina, s vrškom između 75.-79. godine, kada učestalost iznosi 54 novooboljele na 100 000 žena. Prema nekim novijim procjenama, u prvom desetljeću idućeg tisućljeća će 12 na 1000 žena starijih od 40 godina razviti karcinom jajnika, a samo 2-3 od njih biti izliječene.

Već dugo vremena se pokušavaju identificirati čimbenici rizika za nastanak karcinoma jajnika. U sklopu današnjeg koncepta u razumijevanju čimbenika rizika, može se reći da rizik od nastanka karcinoma jajnika smanjuju upotreba oralne kontracepcije, hormonsko nadomjesno liječenje, dojenje, rađanje, a povećavaju neplodnost te neki prehrambeni čimbenici). Potrebno je naglasiti da je oko 3-5% karcinoma jajnika nasljedno te je moguće predvidjeti njihov nastanak.

Epitelni karcinomi jajnika ne uzrokuju nikakve simptome kroz duže vremensko razdoblje. U početku se obično radi o nespecifičnim simptomima kao nepravilnost menstruacijskih ciklusa, poremećaj mokrenja ili stolice, bol u donjem dijelu trbuha, a u kasnijoj fazi kada je bolest već uznapredovala distenzija trbuha,

bol... Na žalost, simptomi se javljaju vrlo kasno, tako da se čak dvije trećine žena u kojih je dijagnosticiran karcinom jajnika javilo liječniku u izrazito uznapredovaloj fazi bolesti, tzv. Stage III. Izostanak simptoma jedan je od najvažnijih razloga lošoj prognozi ove vrste karcinoma.

Sumnja na karcinom jajnika može se postaviti na osnovu nekih osnovnih dijagnostičkih pretraga koje uključuju: ginekološki pregled, UZV vaginalnom sondom, obojeni i power doppler, mjerenje razine tumorskih biljega (CA-125) te 3-D doppler.

Dijagnoza karcinoma jajnika može se sa sigurnošću postaviti tek intraoperacijski kada se patohistološkom analizom potvrdi da se radi o zloćudnom tumoru.

Prevenција karcinoma jajnika, osim u rijetkim visokorizičnim skupinama kod kojih se očekuje nastanak nasljednog oblika karcinoma ovisno o obiteljskoj anamnezi, na žalost ne postoji. Zašto? Screening, ili pretraživanje populacije za neku od zloćudnih bolesti, zahtijeva nekoliko uvjeta, a to su:

- postojanje prekancerozne lezije
- pristupačnost pretrage
- niska cijena koštanja
- visoka osjetljivost i specifičnost.

Za lakše razumijevanje, sve ove uvjete zadovoljava PAPA test kod screeninga karcinoma cerviksa. Prekancerozna lezija za karcinom jajnika nije utvrđena. Sve gore navedene pretrage su relativno skupe, sa niskom osjetljivošću i specifičnošću ukoliko bi se primjenjivale kao screening metode za karcinom jajnika. Sva su istraživanja potvrdila neopravdanost screeninga karcinoma jajnika kojim se, dapače, nije smanjila smrtnost već se samo povećao broj neopravdanih operativnih zahvata.

Ciljano otkriti karcinom jajnika u najranijoj fazi (Stage I) veliki je uspjeh za svakog liječnika ginekologa, što najvjerojatnije znači spašen život pacijentice. To se, na žalost, događa rijetko. Zato, napominjem važnost redovitih ginekoloških i UZV pregleda naročito nakon 40-e godine života. Zašto je karcinom jajnika najzloćudniji tumor ženskog genitalnog trakta:

1. kasno javljanje simptoma (već uznapredovala bolest)
2. nema screening metode za rano otkrivanje
3. postojeće dg. metode nedovoljno osjetljive i specifične
4. brz rast i širenje tumora
5. loši rezultati liječenja.

Terapija karcinoma jajnika, osim I A stupnja, zahtijeva radikalni operativni zahvat (vadi se sve-histerektomija s adneksotomijom te omentektomijom). Nakon kraćeg poslijeoperacijskog oporavka slijedi kemoterapija, najčešće 6 ciklusa polikemoterapije. Terapija karcinoma jajnika se provodi samo u subspecializiranim ustanovama, naročito kemoterapija ili rijetko ev. zračenje.

Praćenje bolesnica oboljelih od karcinoma jajnika podrazumijeva redovite ginekološke preglede kao i ultrazvučni pregled obojenim doplerom, praćenje razine tumorskih markera (CA-125) što je dobar pokazatelj uspješnosti liječenja te tzv. sec. look laparotomiju ili laparoskopiju (drugi pogled - operativni zahvat kod kojeg se provjerava prisutnost rezidualne bolesti ili metastaza). O preživljenju kod karcinoma jajnika može se govoriti na više načina. Ukupno preživljenje kod epitelnih tumora jajnika iznosi oko 30%, iz prostog razloga jer se većina pacijentica javi liječniku u uznapredovaloj fazi bolesti kao što je već rečeno.

Karcinom jajnika najveći je izazov ginekologu-onkologu, ali i najveća nepoznanica znanstvenoj javnosti. Liječenje je dugotrajno i iscrpljujuće, sa ne baš ohrabrujućim rezultatima u uznapredovalim stadijima bolesti.

Stoga se preporučuju redoviti ginekološki pregledi, kao i ultrazvučni pregledi na kojima će iskusan liječnik ginekolog posumnjati na zloćudnu novotvorinu jajnika dok Vi nemate još nikakvih simptoma, dok su visoke Vaše šanse za potpunim izlječenjem. Ukoliko je netko u Vašoj bližjoj obitelji (majka, sestra) bolovao od karcinoma jajnika to obavezno navedite svom liječniku, jer Vi spadate u rizičnu skupinu koja zahtijeva redovito promatranje, a što podrazumijeva: ginekološki pregled i UZV pregled te laboratorijske vrijednosti CA-125 svakih 6 mjeseci dok ne zadovoljite svoju reproduktivnu funkciju, nakon čega se ovisno o procijenjenom riziku odstrane jajnici. Napominjem da u ovu rizičnu skupinu spada izrazito mali broj žena.

Možda je potrebno reći još nekoliko riječi o tzv. adneksalnim masama.

Adneksalne mase označavaju sve tumorske tvorbe u području adneksa (jajnici i jajovodi te pripadajuće sveze). Tumore u području adneksa treba promatrati u odnosu na dob pacijentica. Ukoliko ginekolog dijagnosticira tumor jajnika prije nastupa prve menstruacije, takvu dijagnozu treba shvatiti ozbiljno i dovršiti obradu. Svaka tumorska masa u djevojčica suspektna je na karcinom dok se ne dokaže suprotno. Tumori jajnika u ovoj životnoj dobi često su hormonski aktivni.

U reproduktivno doba situacija je značajno povoljnija. Preko 90% tumorkih tvorbi adneksa u reproduktivno doba žene su folikulinske ciste koje su potpuno bezopasne, zatim slijede benigne dermoidne ciste. Karcinomi jajnika u reproduktivno doba rijetka su bolest, a najčešći su disgerminomi koji imaju odličnu prognozu bez obzira na proširenost bolesti.

U postmenopauzi situacija se opet mijenja. Svako povećanje jajnika u postmenopauzi se smatra zloćudnim dok se ne dokaže suprotno.

Ipak je važno naglasiti da je karcinom jajnika relativno rijetka bolest. Velika većina tumora u području adneksa ipak je dobroćudna. Ultrazvučnim pregledom se može postaviti samo sumnja da se radi o zloćudnoj bolesti. Definitivna dijagnoza postavlja se isključivo histopatološkim pregledom materijala dobivenog intraoperacijski. Najnovija dostignuća u ultrazvučnoj tehnici su dijelom obećavajuća, dijelom obeshrabrujuća.

Trodimenzionalni power doppler možda je poboljšao osjetljivost i specifičnost metode, ali je izuzetno skup, nije pristupačan u bolničkim ustanovama te je važno naglasiti da se tom novom metodom bavi tek nekoliko ginekologa u Hrvatskoj.