

RAK JAJČNIKOV - KAJ STORITI?

Marjetka Uršič Vrščaj

Rak jajčnikov je osmi najpogostejši rak slovenskih žensk. Že deset in več let število novih bolnic počasi, a enakomerno narašča. Vsako leto zboli za rakom jajčnikov približno 1,5% več prebivalk Slovenije. Leta 1987 je bila incidenca raka jajčnikov v Sloveniji 14/100.000 žensk. Največ bolnic je bilo starih od 50 do 54 let. Morda bo zanimivo, da je največ bolnic z rakom jajčnikov iz Ribnice, Hrastnika in Logatca ter najmanj iz Šentjurja pri Celju ter Dravograda. Odgovora, zakaj je tako, žal ne vemo. Še pogled v svet: enako pogosto, kot pri nas, za rakom jajčnikov zbolevajo Angležinje, nekoliko več Skandinavke, precej manj Japonke. Incidenca raka jajčnikov je na Japonskem le 3/100.000 žensk.

Zagotovo je rak jajčnikov bolezen, ob kateri sta naše znanje in pozornost, ki smo ju pripravljene pripisati morda na videz nenevarnim bolezenskim težavam žensk, v hudi preiskušnji. Zaradi prikritega poteka je bolezen, vsaj na začetku, brez dodatnih preiskav težko odkriti. Zmotno je mnenje, da rak jajčnikov ne povzroča že zgodaj znamenj bolezni. Nejasne bolečine v spodnjem delu trebuha, bolečine v žlički, pogosto uriniranje, spremembe pri mesečnem perilu, premenstrualne bolečine so samo nekatera med njimi. Znamenja razširjene bolezni so nabiranje tekočine v trebušni votlini, zapiranje seča in blata, težko dihanje ter izrazito hujšanje. Kljub nekaterim novim, zanesljivejšim in nebolečim preiskavam se je uspešnost ali boljše neuspešnost odkrivanja raka jajčnikov spremenila le malo. Še vedno odkrijemo, tako kot pred desetletji, približno 75% bolnic z zelo razširjeno boleznijo, v stadiju III in IV. Zdravljenje je za te bolnice, razumljivo, mnogo bolj naporno in seveda precej manj uspešno.

Največ rakov (90%) vznikne v povrhnjem, epitelnem delu jajčnikov, preostanek (približno 5%) pa v germinativnem in stromalnem tkivu. Maligne epitelne tumorje, imenujemo jih tudi adenokarcinome, delimo v pet večjih skupin: serozne - ti so najpogostejši, mucinozne, endometrioidne. Brennerjeve tumorje in Clear cell tumorje. Ker so epitelni malignomi jajčnikov najpogostejši, bo v

nadaljevanju zapisa povedanega nekaj več prav o tej skupini bolezni.

KAKO SE RAZRAŠČA NEZDRAVLJEN RAK JAJČNIKOV?

Za maligne epitelne tumorje jajčnikov je značilna predvsem peritonealna razrast. Ali povedano drugače: maligni epitelni tumor jajčnikov se bo hitreje ali počasneje, odvisno od agresivnosti samega tumorja in obrambne sposobnosti bolnice, širil predvsem po peritoneju trebušne votline. Hitrost razraščanja epitelnega raka je nepredvidljiva, odvisna od tumorja in gostitelja (bolnice). Metastaze najdemo, če se rak širi po običajni poti, sprva v mali medenici (stadij I ali II), nato v vsej trebušni votlini (stadij III) in kasneje tudi v oddaljenih organih (stadij IV). Od velikosti metastaz, prav tako tudi od vraščanja v posamezne organe, je odvisna tudi intenzivnost težav oziroma simptomov, ki spremljajo širjenje bolezni. Brez zdravljenja se rak iz trebušne votline najpogosteje širi v retroperitonealne bezgavke, parenhim jeter in plevro. Pomembno je, da so pogosteje kakor medenične infiltrirane oboartne bezgavke.

Metastaziranje je pogostejše v desno polovico plevre kakor levo. Nezdravljen epitelni rak jajčnikov povzroči smrt bolnice v nekaj mesecih. Najpogostejši vzroki smrti so kaheksija, zapora črevesa in (ali) sečil, jetrna koma ter odpoved srca.

KAKO BOLEZEN UGOTOVIMO?

Ženske z zgodnjimi znaki bolezni poiščejo pomoč pri zdravniku šele po treh ali štirih mesecih. Prav tako ne more in ne sme biti nepomembno dejstvo, da so zdravniki krivi za nadaljnjo zamudo do pravilne diagnoze še dodatnih deset ali dvanajst mesecev. Pogosto se vrsti preiskav pridruži ginekološki pregled med poslednjimi. Vedeti moramo namreč, da so ženske, ki niso rodile, in ki imajo neredna mesečna perila z bolečinami, v večji nevarnosti, da zbolijo za rakom jajčnikov, kakor njihove vrstnice. Prav tako si velja zapomniti, da pomeni jajčnik, ki ga otipamo pri ginekološkem pregledu pri ženski, ki nima več mesečnega perila, sumljivo spremembo vse dotlej, dokler ne izključimo raka. Ultrazvočna preiskava rodil

ter določitev označevalca (tumorski marker) raka jajčnikov Ca 125 bi morali biti poleg kliničnega pregleda osnovni ginekološki preiskavi za ženske po menopavzi. *Glede na še vedno, predvsem pri razširjenih stadijih bolezni, večinoma neuspešno zdravljenje, so mednarodno sprejeli sklep o intenzivnem in načrtnem iskanju in odkrivanju bolnic z zgodnjim rakom jajčnikov.*

Ključna preiskava za morebitno potrditev raka jajčnikov je laparoskopija, ki je kratek in za izkušenega ginekologa enostaven operativni poseg, pri katerem z odvzemom sumljivega tkiva za patohistološko preiskavo ali z opravljeno citološko punkcijo, bolezen spoznamo in hkrati ocenimo njeno razširjenost. Poleg laparoskopije so nam za določevanje razširjenosti bolezni v pomoč še rentgensko slikanje pljuč in srca, renografija, cistoskopija, rektoskopija in irigografija ali koloskopija. Le v posebnih primerih se odločimo takoj za laparotomijo in odstranitev jajčnika ter patohistološki pregled po metodi zaledenelega reza že med samo operacijo.

KAKO ZDRAVIMO RAK JAJČNIKOV?

Najuspešnejše in tudi najpogostejše zdravljenje raka jajčnikov je kirurško. Odstranitev notranjih ginekoloških organov - maternice in obeh jajčnikov s tumorji, odstranitev velike pečice in slepiča ter čimbolj korenita odstranitev vseh tumorskih mas v trebušni votlini je smoter take operacije. Nemalokrat je za to potrebna tudi delna odstranitev črevesa ali mehurja. Prav količina preostalega tumorskega tkiva je eno med najpomembnejšimi prognostičnimi znamenji. Zdravljenje praviloma, razen v izjemno redkih začetnih stadijih, nadaljujemo s citostatiki. Najpogosteje uporabljena, predvsem pri epitelinih rakih, sta citostatika platinol in endoksan (Cyclophosphamid). Po šestih krogih citostatskega zdravljenja s kontrolnimi preiskavami znova iščemo morebitne metastaze v trebušni votlini, tudi s pomočjo t.i. Second look laparoskopije.

Če v trebušni votlini ni več tumorja, zdravljenje končamo. Če pa še najdemo bolezen ali celo slabšanje, zdravljenje spremenimo. Na žalost pogosto z zelo malo uspeha: zamenjava citostatikov, obsevanje ali platinol intraperitonealno so najpogostejše oblike spremenjenega zdravljenja.

IN PREŽIVETJE BOLNIC?

Tako kot drugod v onkologiji tudi tu velja pravilo: bolnica, pri kateri je bila bolezen odkrita zgodaj, v začetnem stadiju bolezni, ima več upanja, da bo ozdravela ali pa vsaj živelala znatno dlje kakor bolnica, pri kateri je bila bolezen odkrita zelo pozno. Izraženo v številkah je odgovor naslednji: 80% bolnic, odkritih v I stadiju bolezni, bo preživelalo pet let, pet let bo preživelala le vsaka druga bolnica v II stadiju, v III stadiju le še vsaka četrta bolnica. Med bolnicami v IV stadiju bo pet let živa le še vsaka deseta bolnica.

IN KAKO JE V SLOVENIJI?

SMO USPEŠNI PRI ZDRAVLJENJU EPITELNEGA RAKA JAJČNIKOV?

Z raziskavo smo od vseh bolnic, ki so se zdravile zaradi raka jajčnikov leta 1985 in 1986 na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, dobili primerljive podatke pri 141 bolnicah. 73% bolnic je bilo starejših od 50 let. Najstarejša je štela 85 let, najmlajša 11 let. Pri 123 bolnicah (85%) je bil pri patohistološki preiskavi ugotovljen epitelni karcinom.

Večina epitelnih tumorjev je bila slabo ali zmerno diferenciranih (gradus 2,3), le pri 6% bolnic je bil tumor dobro diferenciran.

86 bolnic (70%) je bilo sprejetih na zdravljenje z razširjeno boleznijo - stadij III in IV.

Ker so bolnice s III in IV stadijem epitelnega raka jajčnikov pri nas najštevilnejša skupina bolnic, se v nadaljevanju navedeni podatki nanašajo na to skupino bolnic.

Med bolnicami, sprejetimi v III stadiju bolezni, je bilo 72% sprejetih na zdravljenje v III c stadiju, kar pomeni tumorje v trebušni votlini, večje od 2 cm in (ali) metastaze v retroperitonealnih bezgavkah.

Operacija je bilo prvo zdravljenje pri 60 bolnicah (60/86 = 70%).

Zgolj biopsija tumorja je bila narejena pri 9 bolnicah (15%). Ostanek tumorja po operaciji je bil manjši kakor 2 cm pri 40% bolnic. S citostatiki je bilo najprej zdravljenih 20% bolnic, obsevanih je bilo 8 bolnic (9%).

Po operaciji je večina bolnic dobila citostatike, najpogosteje 6 krogov platinola in endoksana.

Z operacijo, citostatiki in (ali) obsevanjem je bil dosežen popolen odziv (CR) na zdravljenje pri 38% bolnic v III stadiju, delen odziv (PR) pri 23% bolnic, nespremenjeno stanje je bilo v 8% in poslabšanje bolezní pri 31% bolnic. Kot je bilo pričakovati, so bili rezultati pri bolnicah v IV stadiju slabši.

Po prvem zdravljenju, t.j. operaciji, citostatikih in (ali) obsevanju - je bilo dodatno zdravljenih 60% bolnic. Večina bolnic je dobila citostatik, ostale so bile obsevane. Zdravljenje je pri 76% bolnic trajalo 6 mesecev. Po dodatnem zdravljenju je bilo brez znamenj bolezní 30% bolnic v III stadiju in 25% bolnic v IV stadiju bolezní.

Dve leti po diagnozi se je bolezen ponovila pri 53% bolnic v stadiju III in brez znamenj bolezní po prvem zdravljenju ter pri nobeni od dveh bolnic v stadiju IV.

Pet let je preživelo in bilo brez znakov bolezní 23% tistih bolnic v stadiju III, ki so bile operirane in nato zdravljene s citostatiki in (ali) obsevanjem. V stadiju IV je iz iste skupine pet let preživelo le 12% bolnic.

Glede na zapisane podatke in po primerjavi s podatki o uspešnosti zdravljenja raka jajčnikov po svetu menim, da se proti tej hudi bolezni borimo enako uspešno in neuspešno hkrati kot drugod po svetu.

ZA KONEC

Z dokajšnjo zanesljivostjo je možno zapisati, da v zelo kratkem času bistvenih sprememb glede učinkovitosti pri zdravljenju raka

jajčnikov ni pričakovati, upoštevajoč tudi najnovejše raziskave v svetu. Kot je bilo že zapisano, bodi še enkrat, morda dvakrat zapisana besede seže dlje in ima večji odmev: *ČIMBOLJ USPEŠNO ISKANJE BOLNIC Z RAKOM JAJČNIKOV V I STADIJU BOLEZNI IN TAKOJŠNJE ZDRAVLJENJE JE NAJNOVEJŠE PRIPOROČILO IN TUDI SKLEP VSEH MEDNARODNIH SREČANJ PO SVETU.*

Mislím, da bi v dobro mnogih žensk tudi slovenski zdravniki morali to vedeti in ne le to, tudi ravnati bi morali tako. Obenem naj bo to tudi odgovor na vprašanje v naslovu.

Uporabljena in priporočena literatura:

1. Coppleson M Ed. Gynecologic oncology: fundamental principles and clinical practice. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone 1992.
2. Knapp RC, Berkowitz RS, eds. Gynecologic oncology. New York: Macmillan Publication Company 1986.
3. Pompe-Kirn V, Primic-Žakelj M, Ferligoj A, Škrk J. Zemljevidi incidence raka v Sloveniji 1978-1987. Ljubljana: Onkološki inštitut 1992.
4. Postgraduate course of gynecologic oncology. Amsterdam: European School of Oncology 1992.
5. Shepherd JH, Monaghan JM, eds. Clinical gynecologic oncology. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1990.