

IZKUŠNJE GINEKOLOGA PRI DETEKCIJI GINEKOLOŠKEGA RAKA V DISPANZERJU

Tone Šijanec

V mreži zdravstvenih ustanov je dispanzer za žene (DŽ) tisti člen, ki je na terenu najbližji varovankam in ki ob primarnem stiku z bolnico naredi, ali bi vsaj moral narediti, največ za zgodnje odkrivanje ginekoloških karcinomov.

Rad bi posredoval probleme, kot jih vsakodnevno srečujemo na primarni ravni oz. ob prvem stiku z bolnico v DŽ, kjer se srečujemo z najširšim krogom naših varovank.

Iz izkušenj vemo, da se nam v ordinacijah "suče" približno ena tretjina vedno istih žensk, dve tretjini pa prihajata zelo neredno, tudi v nekajletnih presledkih, takrat pa največkrat že s težavami in prepozno.

Kljub vsemu pa še vedno ostaja dejstvo, da bi bilo bolje pregledati 90 % ženskega prebivalstva vsake 3 leta kot pa 30 % vsako leto, kakor se to dogaja sedaj. Očitna je tudi razlika med urbanim in ruralnim okoljem. V mestu, kjer je prebivalstvo zdravstveno bolj osveščeno, kjer je uporaba KTC večjain večje tudištevilo odgovarjajočih zdravstvenih ustanov, odkrivamo več displazij kot napredovalih karcinomov ; na deželi, kjer ženske prihajajo šele tedaj, ko imajo težave, pa je obratno več karcinomov kot displazij.

Ginekološki karcinomi so karcinomi, ki so za zgodnje odkrivanje najlaže dostopni, čeprav ne vsi enako, eni so bolj, drugi manj, nekatere lahko odkrijemo celo na predstopnji, v fazi displazije.

To dejstvo omogoče tudi dokaj bolj uspešno zdravljenje, kar velja za rak materničnega vratu.

Zdaj že vemo, da ta nastaja preko predstopenj - displazij in da je njegov razvoj kroničen proces, ki traja 5 do 15 let. To dokazujejo starostne konice oz. vrhovi posameznih stadijev.

Vrh primerov je pri 37 letih

a stadij pri 46 letih

b stadij pri 51 letih

II. in III. stadij pri 60 letih

IV. stadij pri 63 letih

Starostna krivulja stopenj poteka položno, pričanja pa se že pred 30 letom. Krivulja jasno kaže na počasen potek kancerizacije in s tem na možnost zgodnjega odkrivanja, celo v fazi predstadijev.

Uspešno odkrivanje bolezni s priznanimi metodami pa je možno le ob določenih pogojih.

1. Redna udeležba večjega dela, ali še bolje, vsega ženskega prebivalstva.
2. V vsaki ginekološki ordinaciji je nujno treba odvzeti citološki bris zaradi

ugotovitve malignosti (PAP), opraviti kolposkopijo in ciljno biopsijo sumljive lezije. Sama citološka preiskava ima danes visoko senzitivnost 80 do 90 %, ki jo kolposkopija izboljša še za 10 %. Vloga citodiagnostike pa ni le v zgodnjem odkrivanju karcinomov, ampak predvsem v pravočasnem odkrivanju predstopenj. Gre torej za sekundarno preventivo.

S kolposkopsko preiskavo odkrite atipije nam dajejo možnost za ciljano biopsijo.

3. Uspešnost odkrivanja raka materničnega vratu oz. predstadijev tega raka je odvisna tudi od kakovosti jemanja brisa oz. od pravilnega odvzema brisa s TZ in po potrebi še posebej iz cervikalnega kanala (citobrush).

Tudi specifičnost citologije je zelo visoka, saj je lažno pozitivnih brisov le okrog 5 %. Ti se pojavljajo predvsem na račun vnetnih sprememb (50 %) in drugih vzrokov celične polimorfije (50 %). Lažne pozitivne izvide je v nadaljnjih postopkih moč hitro razčistiti.

Sumljivi izvidi se pogosto javljajo tudi hkrati z vnetnimi spremembami, ki jih povzročajo virusi herpesa (HPV). Na to moramo biti še posebej pozorni, saj vemo, da so HPV v veliki meri povezani s cervikalnimi lezijami in da imajo nekateri tudi visokonkogeni potencial.

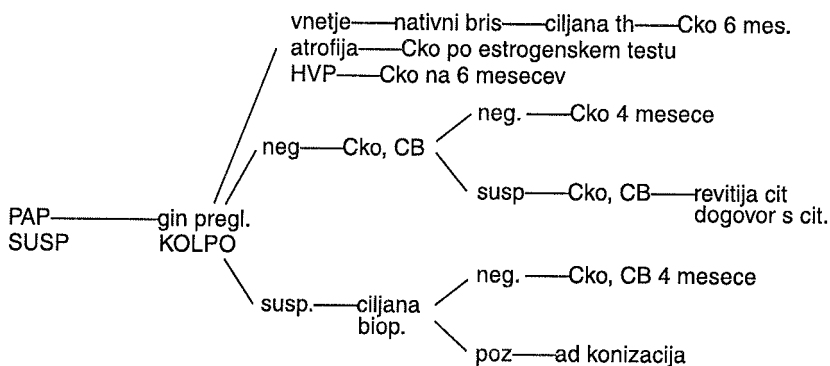
Raziskave so pokazale, da je s HPV okuženih okrog 30 % sicer zdravih žensk. Le nekaj med njimi jih oboli po dolgi latentni dobi: preko CIN 1 in CIN 2 v CIN 3. Ocenjujejo, da CIN 1 lahko regresira spontano v 78 %, CIN 2 le v 25 % - 35 %, CIN 3 le v 10 %.

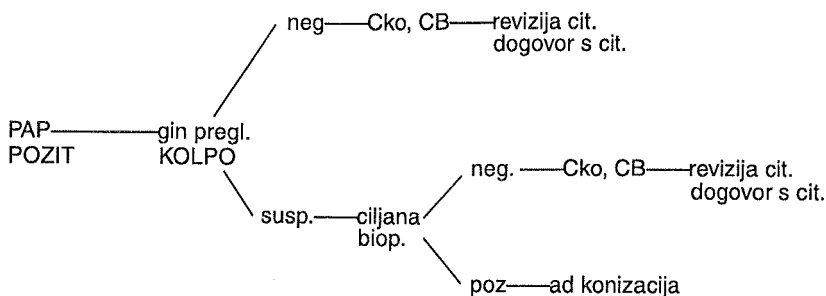
Zato nam opozorilo citologa, da gre za HPV infekcijo, nalaga posebno skrbnost in zahteva pogostejše kontrole, na 6 mesecev.

Prav tako nas na to opozarjajo tudi klinično vidne HPV okužbe, kot so kondilomi (condyl. acum.), ki jih lahko štejejo, za markerje okužbe s HPV in ki predstavljajo pomemben dejavnik tveganja za nastanek CIN.

Sumljiv citološki bris ali sumljiv kolposkopski izvid, posebno pa še pozitiven izvid ciljane biopsije nas zavezujejo k nadaljnjemu ukrepanju.

Pri nas smo se dogovorili za takšno shemo postopanja pri sumljivih ali pozitivnih citoloških izvidih.





Nekaj naših podatkov:

V 10 letih, od leta 1985 do 1994, smo v ordinacijah dispanzerja za ženske v Mariboru opravili 189033 prvih pregledov. Med njimi je bilo 55,8 % takšnih žensk, ki so prišle na preventivni pregled, 44,2 % pa jih je prišlo zaradi težav ali nosečnosti.

Med temi, ki so prišle samo preventivno, jih je bila več kot polovica takšnih, ki so bile pod nadzorom zaradi kontracepcije (55 %).

78,5 % jih je prišlo po enem letu, 15,6 % po dveh, 3,2 % po treh in 2,7 % po več letih.

V teh 10 letih smo v ordinacijah dispanzerja za ženske v Mariboru odvzeli 137.131 citoloških brisov in opravili prav toliko kolposkopij. Med citološkimi brisi je bilo 5802 sumljivih za rak (4,2 %), 160 pa pozitivnih (0,1 %). Pri ciljani biopsiji smo odkrili 1297 displazij (0,9 %) in od teh 940 žensk poslani na konizacijo (0,7 %). V tem času smo odkrili 150 karcinomov (0,1 %).

Razmerje med displazijami in invazivnim karcinomom najdenimi pri konizaciji, je 7:1.

Glede odkrivanja drugih ginekoloških rakov se odpirajo določene možnosti tudi pri raku materičnega telesa, z vaginalno sonografijo. To izvajamo pri vseh ženskah, ki prihajajo zaradi klimakteričnih težav, pred uvedbo hormonalne nadomestne terapije. Predvsem pa dosledno pošiljamo vse ženske s pomenopavzalnimi krvavitami na frakcionirano abrazijo.

Glede UZ pri odkrivanju raka jajčnikov še nimamo nobenih izkušenj.

O uspešnosti rednih pregledov bomo lahko govorili šele tedaj, ko nam bo uspelo dobiti v naše ordinacije tudi ostali dve tretjini žensk.

Za doseg tega cilja je prav gotovo najpomembnejše stalno zdravstveno prosvetljevanje prebivalstva po časopisu, radiu in televiziji, z zloženkami in podobnim.

Družinski ali splošni zdravnik bi ob vsakem kurativnem pregledu moral žensko opozoriti na potrebo vsakoletnega ginekološkega pregleda.

Tudi patronažne sestre naj bi ob obisku v družini ženske na to opozorile in jih napotile na pregled h ginekologu.

Najboljše pa bi bilo seveda sistematično vabljenje žensk na pregled.

Vse to dokazuje, da bi bilo treba v splošnem zdravstvenem varstvu žensk, posebej pa še v dispanzerjih za ženske, za rešitev teh vprašanj še marsikaj narediti.