

DIAGNOSTIKA IN KIRURGIJA RAKA DOJKE

Marko Snoj

Pri raku dojke sta diagnostika in terapija neločljivo povezani. Samo pravilni diagnostični postopki vodijo do prave diagnoze, ki je temelj za razvrstitev bolnic v različne stadije, ti pa so izhodišče za pravilno in ustrezno zdravljenje.

- Pri bolnicah z rakom dojke moramo opraviti naslednje preiskave:
- natančen klinični pregled,
- citološki pregled punktata iz sumljive spremembe v dojki,
- mamografijo,
- krvne in jetrne teste,
- rentgensko slikanje prsnih organov (RTG),
- ultrazvočno preiskavo jeter (UZ) in scintigrafijo skeleta (ob bolečinah v skeletu ali kadar je zvišana alkalna fosfatazah,
- po potrebi ciljana rentgenska slikanja skeleta, računalniško tomografijo (CT) in magnetno resonanco (NMR).

Na podlagi teh preiskav uvrstimo bolnico v določen stadij. Pri tem si pomagamo s sistemom TNM (T - tumor, N - bezavke, M - metastaze).

Da bi lahko natančno opredelili stadij T, moramo bolnico natančno pregledati in določiti velikost lezije, njeno premičnost od stene prsnega koša (ali od m. pectoralis maior) ter morebitne različne spremembe na koži (vnetje, ulceracija, satelitni vozlički).

Natančno moramo preiskati tudi vsebino pazdušne in supraklavikularne kotanje. Povečane bezgavke je potrebno citološko punktirati.

Različni simptomi in znaki nam lahko napovedujejo razsoj. Rak dojke najpogosteje metastazira v pljuča, kosti in jetra. Zato še posebej pazljivo izprašamo bolnice o možnih simptomih, ki jih povzročajo metastaze v teh organih. Če obstaja upravičen sum, da so se metastaze že razširile v omenjene organe, je potrebno napraviti vse preiskave, ki to bodisi potrdijo bodisi ovržejo.

Na podlagi zgoraj opisanih preiskav bolnico uvrstimo v posamezno klinično skupino, ki določa način zdravljenja. Priporočamo, da način zdravljenja opredeli strokovna skupina, ki je sestavljena najmanj iz specialista kirurga (ali specialista ginekologa z zadostnimi izkušnjami v kirurgiji raka dojke), specialista radioterapevta ter specialista internista - onkologa. Prvo zdravljenje je po navadi izvedeno v ustanovi, kjer ga tudi načrtujemo, zato mora imeti ustanova,

Doc. dr. Marko Snoj, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

ki obravnava bolnice z rakom dojke, zadostne izkušnje, to pomeni, opraviti mora povprečno vsaj 50 primerov zdravljenja na leto v obdobju zadnjih petih let.

Raka dojke lahko razvrstimo v naslednje skupine:

- neinvazivne vrste raka dojke (stadij 0),
- invazivne vrste raka dojke stadija I, II ("operabilni" rak dojke),
- vrste raka dojke, ki so lokalno napredovale (stadij III A in III B),
- metastatski rak dojke (stadij IV).

Kirurško zdravljenje raka dojke se razlikuje glede na začetni stadij bolezni. Sodobno zdravljenje raka dojke se je začelo 1890. leta, ko je W.S. Halsted opisal svojo prvo radikalno mastektomijo. V celoti je odstranil tkivo dojke s kožo, z veliko in malo prsno mišico in vsebino pazduhe. Pozneje je postavil tudi tezo, da se rak dojke širi centrifugalno in postopoma zajema okoliške strukture in nato metastazira po limfatičnem sistemu. Menil je torej, da je rak dojke predvsem lokalna bolezen, zato je priporočal obširne kirurške posege, s katerimi so odstranili celotno dojko in tudi fascije okoliških mišic in nekatere mišice v celoti. Pozneje se je pod njegovim vplivom razvila razširjena radikalna mastektomija, ki je obsegala tudi odstranitev kostnih struktur prsnega koša, bezgavk supraklavikularne kotanje in bezgavk ob arteriji mammarii interni. Posledica vseh teh naporov, ki so bili usmerjeni k čim bolj korenitim kirurškim posegom, so bile velike kozmetične in funkcionalne invalidnosti. Zato so skladno z napredkom na področju radioterapije in kemoterapije začeli razmišljati, da bi z dodajanjem enega ali obeh načinov zdravljenja lahko zmanjšali kirurški obseg operacije. Ta prizadevanja so rodila novo "biološko" hipotezo, ki obravnava raka dojke kot primarno sistemsko bolezen. Obseg kirurških posegov se je zmanjšal, začela se je doba resekcij dojke in odstranitve pazdušnih bezgavk.

Danes kirurško zdravljenje raka dojke obsega:

- totalne mastektomije (popolne odstranitve tkiva dojke s pripadajočo kožo, lahko z veliko in/ali malo prsno mišico),
- delne resekcije dojke (odstranitev dela dojke: lahko je kvadranta - kvadrantektomija ali pa odstranimo tumor z najmanj 1 cm širokim varnostnim robom - tumorektomija),
- aksilarno disekcijo - odstranitev pazdušnih bezgavk (če je le mogoče, odstranjujemo vse tri ravni bezgavk do vtočišča vene subklavije v prsni koš).

Pri neinvazivnih vrstah raka dojke ima kirurgija ključno vlogo pri preprečevanju širjenja bolezni ali njene ponovitve. V tem stadiju bolezni delamo delne resekcije dojke ali totalne mastektomije ne da bi odstranili pazdušne bezgavke.

Pri invazivnih "operabilnih" vrstah raka dojke kirurgija na eni strani zagotavlja delen nadzor nad boleznijo, na drugi strani pa lahko z njo pridobimo pomembne podatke za nadaljnje zdravljenje. Poleg mastektomije ali resekcije dojke vedno še odstranimo pazdušne bezgavke. Patohistološki podatki o velikosti tumorja, njegovi stopnji diferenciacije, hormonskih

receptorjih ter o morebitnem številu zajetih bezgavk pomagajo pri odločitvi o morebitnem vključevanju sistemskega zdravljenja po končanem kirurškem posegu.

Pri tistih vrstah raka dojk, ki so lokalno napredovale, je v ospredju sistemska zdravljenje, kirurgija pa ima svojo vlogo pri lokalni kontroli bolezni. Če se odločimo za operativni poseg na dojki, je le-ta kar se da radikalen.

Pri metastatskem raku dojke se za kirurški poseg na dojki praviloma ne odločamo, razen če so lokalni zapleti takšne narave, da jih lahko obvladamo samo s kirurškim posegom (krvavitve, razpad tumorja, vnetja v okolici tumorja).

V zadnjem času je kirurško zdravljenje zelo napredovalo, zlasti pri stadiju "operabilnega" raka dojk. Teh bolnic je tudi največ. Razvoj je potekal od klasične Halstedove operacije, pri kateri smo odstranjevali dojko z veliko in malo prsno mišico ter pazdušne bezgavke, prek modificirane radikalne mastektomije po Pateyju. Tu je bil poseg podoben prejšnjemu, le da nismo odstranjevali velike prsne mišice. Pri zadnjih modifikacijah totalne mastektomije pa odstranjujemo samo tkivo dojke s pripadajočo kožo in aksilarne bezgavke na vseh treh ravneh.

Vzporedno z razvojem na področju totalnih mastektomij so se začele razvijati tudi delne resekcije dojke, ob katerih smo odstranjevali tudi pazdušne bezgavke. Ker so dokazali, da resekcije dojke ne morejo zagotoviti take lokalne kontrole kot mastektomije, so resekciji dojke vedno dodali tudi obsevanje dojke in s tem izenačili lokalni nadzor, ki ga je omogočala mastektomija.

Razvoj kirurških posegov k bolj omejenim, delnim, je bil nujen, saj kljub večjim posegom preživetja bolnic niso bila daljša, nastali pa so številni spremljajoči zapleti, obenem pa je tak poseg povzročil precejšnjo telesno iznakaženost.

Moderna kirurgija raka dojke zato poizkuša doseči popolnost pri lokalni odstranitvi bolezenskega tkiva, saj le-ta zagotavlja sprejemljivo spremenjeno (iznakaženo) telo v kozmetičnem in funkcionalnem smislu.

Prav kirurgija raka dojke ustvarja koncepte, po katerih se ravna in jih s pridom posnemajo tudi pripadniki preostalih vej onkološke kirurgije.

Poleg terapevtskih kirurških posegov pri raku dojke uporabljamo številne kirurške posege tudi pri diagnostiki raka dojke.