

ODKRIVANJE RAKA JAJČNIKOV IN VLOGA SPLOŠNEGA ZDRAVNIKA

Vida Stržinar

Čeprav je delež raka jajčnikov le štiri odstoten in incidenca 17/100 000, je kot vzrok smrti zaradi raka pri ženskah na četrtem mestu. Ta bolezen je med ginekološkimi raki najbolj smrtonosna.

Za tako malignen potek bolezní sta dva vzroka:

1. Prvi vzrok je prepozno odkrita bolezen saj tri četrtine bolnic pride prvič k zdravniku, ko je rak v III. ali IV. stadiju bolezní. Te bolnice imajo manj kot 20 odstotkov možnosti, da preživijo pet let.

Ženske prepozno obišejejo ginekologa iz dveh razlogov:

- Prvič, zgodnja faza bolezní je atipična. Jajčniki ležijo na dnu medenice in zato ostane povečanje njihovega volumna precej časa neopaženo. Ženski v večini primerov ne povzročajo težav.
 - Drugič, razsoj bolezní je zelo hiter. Po sinhroni teoriji rak sočasno vznikne na jajčnikih in na peritoneju. Epitelij jajčnikov je mezodermalnega izvora, kot mezotelij peritoneja, in ista noxa povzroči maligno transformacijo genoma epiteljskih celic jajčnikov in peritoneja. Druga teorija je implantacijska in po njej se maligne celice s površine jajčnikov razsujejo v prsto trebušno votlino in tumorji zrastejo po implantaciji.
2. Drugi vzrok visoke smrtnosti je zelo zahtevna kirurgija. Danes vemo, da imajo bolnice z razširjenim rakom jajčnikov več kot 50 odstotkov možnosti za petletno preživetje, če je kirurg uspel odstraniti praktično vso tumorsko maso in je skupni ostanek bolezní manjši od 1 g (1 cm³). Pri ostanku več kot 2 cm so možnosti preživetja okrog 15 odstotkov. V stadiju III in IV je rak razsut po trebušni votlini, zato je kirurški poseg obsežen. Poleg ginekoloških organov je potrebno resecirati dele črevesja in retroperitonealne bezgavke. Bolnice z rakom jajčnikov zato napotimo v center, ki je usposobljen za takšno kirurško zdravljenje.

Po operaciji sledi citostatko zdravljenje (kemoterapija). Obseg zdravljenja je odvisen od stadija bolezní in uspešnosti kirurške resekcije ali t.im. citoredukcije.

Kakšne so možnosti za zgodnje odkrivanje raka jajčnikov?

Redni ginekološki pregledi so pomemben del presejanja raka na materničnem vratu, k zgodnjemu odkrivanju raka jajčnikov pa ne prispevajo.

V letu dni zboli ena od 2500 žensk; 80 odstotkov teh žensk je v pomenopavzalnem obdobju. Presejanje bi torej bilo umestno po 50. letu starosti.

V Angliji poteka trenutno najboljšežnejša študija presejanja karcinoma jajčnikov, ki zajema 200.000 žensk po menopavzi, asimptomatskih prostovoljk. Presejanje je zasnovano multimodalno, z upoštevanjem izvida vaginalne ultrazvočne preiskave in vrednotenjem Ca 125. Po dosedanjih rezultatih takšno presejanje omogoča znižanje umrljivosti bolnic za 30 odstotkov. Študija bo pojasnila, katero ciljno populacijo je treba zajeti in ali je presejanje z vidika javnega zdravstva upravičeno glede ekonomičnosti, morbiditete in sprejemljivosti za ženske.

Kaj lahko danes storimo pri nas?

V Sloveniji smo omejeni na odkrivanje raka pri ženskah, ki imajo simptome te bolezni. K zgodnejšemu odkrivanju bi pripomogla že večja obveščенost žensk, zato je Društvo za boj proti raku izdalo zloženko *Kaj moram vedeti o raku jajčnikov*. Te zloženske so na voljo vsem in bi sodile v čakalnice zdravniških ordinacij. Opozarjajo na nespecifične simptome, kot so:

1. dolgotrajno nelagodje v spodnjem delu trebuha
2. občutek napetosti in napihnjenost trebuha
3. nejasne bolečine, ki trajajo daljše obdobje
4. motnje pri odvajanju urina (pogoste mikcije, občutek pritiska na mehur)
5. motnje pri odvajanja blata (zaprtje, driske)

Kasni simptomi so močno povečanje obsega trebuha zaradi ascitesa ali tumorske mase in / ali hujšanje, bruhanje, ileus.

Kakšna je vloga izbranega splošnega zdravnika pri odkrivanju zgodnjih oblik raka jajčnikov?

Naš cilj je odkriti bolezen v čim zgodnejši fazi. Prvi pogoj je, da ženska z nespecifičnimi simptomi poišče pomoč, drugi pa, da izbrani zdravnik pomisli na možnost, da ima bolnica rak jajčnikov.

Bolnici je treba prisluhniti in nato narediti usmerjeno anamnezo, saj le dobra anamneza vodi do prave diagnoze.

Po splošnem pregledu je bolnico treba poslati h ginekologu, tudi če bolnica pove, da je bila nedavno pregledana. Ginekolog poleg ginekološkega pregleda, ki je pogosto v mejah normale, naredi vaginalno ultrazvočno preiskavo in odvzame kri za tumorski označevalec Ca 125, ki ima diagnostično vrednost le v pomenopavzalnem obdobju. Nizka vrednost označevalca ne izključuje raka jajčnikov, saj je Ca 125 pri 40 odstotkih bolnic v zgodnjem stadiju raka pod referenčno vrednostjo.

Pri mlajših ženskah je Ca 125 zaradi ovulacij lahko povišan. Pri teh ženskah je rodbinska anamneza, poleg ultrazvoka, pomemben napovedni dejavnik pri odkrivanju familiarnega raka jajčnikov. Ta rak je povezan z geni BRCA-1 in BRCA-2 in prizadene največkrat mlajše ženske pred menopavzo.

Njegov delež med raki jajčnikov je 4-7 odstoten; pri nas zbolijo približno deset bolnic letno. Na familiarni rak jajčnikov pomislimo, če je več sorodnic prve linije zbolelo za rakom dojke ali rakom jajčnikov. Tudi v Sloveniji že imamo genetsko svetovanje in izdelana pravila, kdaj je treba sorodnice obolelih napotiti v ambulanto za genetsko svetovanje.

Zaključki

1. Rak jajčnikov zdravimo uspešno le v zgodnji fazi.
2. Dobrega presejanja še nimamo, model presejanja je v poskusni fazi.
3. V zgodnji fazi bolezni imajo bolnice zelo neznačilne in slabo razpoznavne simptome, zato je glavna naloga zdravstvene službe poučiti ženske o raku jajčnikov.
4. Splošni zdravniki naj bi prepoznavali visoko ogroženo populacijo s familiarnim rakom jajčnikov in te ženske napotili v genetsko posvetovalnico.
5. Ženske z neznačilnimi trebušnimi težavami je treba obvezno poslati na ginekološki pregled z napotno diagnozo: *Sum na rak jajčnikov* in oznako *Nujno!*
6. Določanje tumorskega označevalca Ca 125 brez ginekološkega pregleda in brez vaginalne ultrazvočne preiskave je neumestno in škodljivo, ker povzroča nepotrebno paniko.

Literatura

1. Anon. Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. J Epidemiol Biostat 2001; 6 (1): 107-38.
2. Uršič-Vrščaj M. Rak jajčnika. In: Frasn AP. Onkologija. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1994: 305-8.
3. Incidenca raka v Sloveniji 1994 – 1998. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka, 1997 – 2001.
4. Shepherd JH. Revised FIGO staging for gynecological cancer. Br J Obstet Gynecol 1989; 96 (8): 889-92.
5. Hoskins WJ, Bundy BN, Thigpen JT, et al. The influence of cytoreductive surgery on recurrence-free interval and survival in small-volume stage-III epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol ,1992;47 (2): 159-166.
6. Schueler JA, Cornelisse CJ, Hermans J, et al. Prognostic factors in well-differentiated early-stage epithelial ovarian cancer. Cancer 1993; 71(3): 787-95.

7. Hoskins WJ. Surgical staging and cytoreductive surgery of epithelial ovarian cancer. *Cancer* 1993; 71:4 (Suppl): 1534-40.
8. Hoskins WJ, McGuire WP, Brady MF, et al. The effect of diameter of largest residual disease on survival after primary cytoreductive surgery in patients with suboptimal residual epithelial ovarian carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(4): 974-80.
9. Menon U, Jacobs I. Ovarian cancer screening in the general population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 15(5):350-3.