

KLINIČNI STADIJ IN PROGNOŠTIČNI DEJAVNIKI PRI TUMORJIH NA MODIH

Marjeta Stanovnik

Pred začetkom zdravljenja je pri vsakem bolniku nujno potrebno ugotoviti obsežnost bolezni, to pomeni določiti klinični stadij. Zato mora vsak bolnik opraviti vrsto preiskav, kot so: rtg. pljuč, ultrazvočna preiskava trebuha, računalniška tomografija prsnega koša in trebuha, bipedalna limfografija (samo pri seminomu) in določitev tumorskih označevalnikov v serumu. V svetu poznamo danes najmanj 6 različnih kliničnih klasifikacij stadijev bolezni. Vsaka večja institucija že ima svojo. Zaradi lažjega razumevanja bomo predstavili našim možnostim prilagojeno razdelitev po stadijih in podstadijih, ki jo uporabljajo v londonskem Royal Marsden Hospitalu (slika 1).

Slika 1. Razdelitev po stadijih (prirejeno po merilih omenjenega Royal Marsden Hospitala)

Stadij I.	— tumor omejen na testis
Stadij I.	M — pozitivni tumorski označevalniki po orhiektomiji
Stadij II.	— zasevki v retroperitonealnih bezgavkah
A	— manj kot 2 cm
B	— 2 do 5 cm
C	— več kot 5 cm
Stadij III.	— zasevki v bezgavkah nad trebušno prepono
O	— brez zasevkov v retroperitonealnih bezgavkah
A, B, C	— kot pri stadiju II.
Stadij IV.	— zasevki v parenhimskih organih (pljučih, jetrih, centralnem živčnem sistemu)

Podstadiji so določeni po prizadetosti posameznih organov, številu in velikosti zasevkov.

Zaradi poenostavitve, lažje preglednosti in ustreznega načrtovanja zdravljenja lahko bolnike razdelimo tudi v takšne z minimalno lokoregionalno boleznijo in ugodno prognozo (stadij od I. do II. B) in takšne z napredovalo boleznijo ter slabo prognozo (od II. C do IV).

Za pravilno izbiro načina in intenzivnosti zdravljenja sta v zadnjem času vedno bolj pomembna določanje prognoštičnih kazalcev in ustrezna delitev bolnikov na takšne z boljšo in slabšo prognozo. Sodobna usmeritev onkološkega zdravljenja namreč teži k temu, da ob istih ali celo večjih učinkih

zdravila zmanjša toksične posledice zdravljenja. Tako bolniki z dobro prognozo ne potrebujejo najbolj intenzivnega in zato toksičnega zdravljenja, ki je pri bolnikih s slabimi prognozičnimi kazalci sicer nujno.

Tako kot uporablja različne delitve po kliničnih stadijih, ima vsaka večja institucija tudi svoja merila za določitev prognozičnih kazalcev. Med najpomembnejše slabe prognozične kazalce spadajo: čisti horiokarcinom, visok stadij, obsežni pljučni in mediastinalni zasevki, zasevki v jetrih, centralnem živčnem sistemu, obsežni zasevki v retroperitonealnih bezgavkah, ekstrapodni tumorji in visoke vrednosti tumorskih označevalnikov.

Ne nazadnje sta prognoza in uspeh zdravljenja odvisna tudi od ustanove, kjer se bolnik začne zdraviti. Večji centri z boljšimi diagnostičnimi možnostmi in več izkušnjami imajo boljše rezultate zdravljenja.