

Onkološka ginekologija

POVZETEK. Avtor na kratko podaja razvoj onkološke ginekologije po drugi svetovni vojni. Govori o novih izpopolnjenih metodah diagnostike posebno o laparoskopiji, novejših napravah za obsevanje in vse večji izbiri citostatikov. Ginekološke malignome (*Ca colli uteri, Ca corporis uteri, Ca vaginae et vulvae, Ca ovarii et Ca tubae*) zdravimo z operacijo, obsevanjem ali s kombinacijo obeh metod in s citostatiki.

ONCOLOGIC GYNECOLOGY. *A brief report on the development of the oncologic gynecology after the World War II is given. The latest advances in the field of diagnostics, e. g. laparoscopy, are presented, as well as the new radiation devices and the rich choice of cytostatic agents. In tumours of the female reproductive organs, i. e. cancer of the cervix, cancer of the uterine body, cancer of the vagina and vulva, cancer of the ovaries and uterine tube, surgical treatment, radiation therapy or the combination of both, as well as the cytostatic therapy are available.*

Naloga sodobne medicine je, da preprečuje oziroma da zgodaj odkrije in zdravi bolezen. Malignomske bolezni težko preprečujemo, lahko jih pa nekatere zgodaj odkrijemo. To velja posebno za malignome vulve, vagine, materničnega vratu in telesa maternice. Z zgodnjim odkritjem bolezni dosežemo tudi boljše rezultate zdravljenja in tako seveda manjši odstotek okvar sosednjih organov, med katerimi je posebno prizadet urinarni aparat. V veliko manjšem odstotku odkrijemo zgodnje primere malignomov na jajčnikih in jajcevodih.

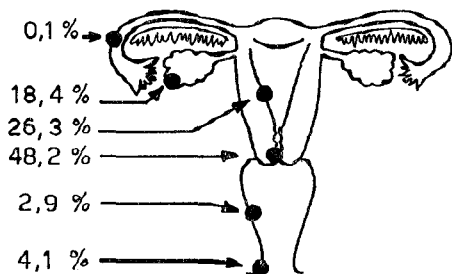
Malignomi na ženskih genitalih se pojavljajo pri ženskah najpogosteje v dobi fertilitnosti in senija. Malignomi materničnega vratu, jajčnikov in jajcevodov so najpogostnejši v dobi fertilitnosti, rak na vulvi, vagini, na telesu maternice in pa v menopavzi oziroma seniju. Pred nekaj desetletji je bilo razmerje med malignomom materničnega vratu in telesom maternice pet proti ena. Danes je ta razlika veliko manjša, tako da na dva primera malignoma materničnega vratu dobimo en primer malignoma na telesu maternice. Kolikor višja je povprečna starost, toliko bolj se spreminja razmerje med malignomi. V zadnjih desetih letih se to razmerje malignomov na ženskih genitalih ni posebno spremenilo. V primerjavi s pogostnostjo malignomov na ženskih genitalih, katerih odstotek sta priobčila Berger J. leta 1960 in onkološki inštitut v Ljubljani leta 1971, skoraj ni razlik (Tab. št. 1). Manj kot polovica primerov je malignomov na materničnem vratu, druga polovica pa na maternici, jajčnikih, jajcevodih in vulvi.

Ca colli uteri

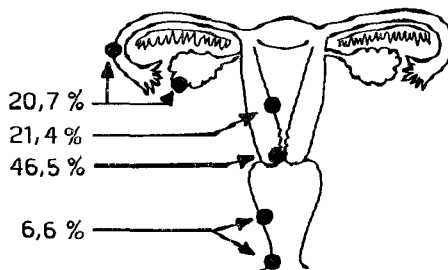
Rak materničnega vratu je lahko dostopen rutinskim preiskavam tudi v začetnih oblikah bolezni, ko še ni znakov nerednih in močnih menstrualnih krvavitev. Za zgodnjo diagnozo bolezni so posebno pomembni redni ginekološki pregledi vsaj enkrat na leto. Zgodnja detekcija in diagnoza raka na materničnem vratu se je začela po sporočilu Papanicolaoua, ki je leta 1928 izdelal citološko tehniko za barvanje celic. Ta metoda se je v zadnjih tridesetih letih izpopolnila, tako da imamo tudi pri nas številne citološke laboratorije in specializirane kadre citologov. Pred petdesetimi leti so zdravniki lahko samo ginekološko palpali in vizualno inspicirali še s Schillerjevim jodnim testom z vaginalnimi zrcali. Danes v ginekoloških ambulantah in dispanzerjih za žene rutinsko uporabljajo poleg navedenega še citološke brise za preiskavo po Papanicolaou in kolposkopijo, pri kateri lahko ciljano odvmemo košček tkiva na sumljivo spremenjenem materničnem vratu za histološko preiskavo (Tab. št. 2).

TABELA 1

J. Berger (1960)



Onkološki inštitut, Ljubljana
SR Slovenija (1971)



Za zdravljenje raka na materničnem vratu je pomemben stadij bolezni. Normalni epitelij materničnega vratu lahko po poti metaplazije preide v displazijo. V takih primerih so celice materničnega vratu že toliko spremenjene, da jih citološko označujejo za sumljive spremembe in jih uvrstimo v tretji razred po Papanicolaou. V takih primerih lahko s kolposkopijo naredimo ciljano biopsijo iz najbolj atipičnih mest na materničnem vratu.

Vse te primere pregledamo v ginekoloških ambulantah. Če nam prva histološka diagnoza ne da zadovoljivega rezultata, je potrebna hospitalizacija, kjer naredimo frakcionirano kiretažo, v skrajnih primerih pa celo konizacijo materničnega vratu. Le-ta je v svojem pomenu že zdravljenje pri displaziji, kjer lahko pri serijskih rezih najdemo že znake začetnega intraepitelialno rastočega raka na materničnem vratu. Intraepitelialni rak materničnega vratu imenujemo ca colli uteri in situ, kar pomeni, da se rakave celice razraščajo v površinskih slojih ploščatega epitelija materničnega vratu, ne da bi prodrle skozi bazalno membrano. Intraepitelialno rastoči rak na materničnem vratu ozdravimo z najmanjšo operativno trav-

mo v obliki konizacije. Pri tem izrežemo maternični vrat v zdravem v obliki konusa. Te zvrsti raka materničnega vratu imajo najboljšo prognozo za ozdravitev.

Z nadaljnjim razvojem bolezenskega procesa rakave celice prodro skozi bazalno membrano in se vse bolj širijo v okolico. Kadar je rakav proces omejen na maternični vrat, je to I. stadij bolezni. V II. stadiju prehaja proces na fornikse vagine, pri II. b stadiju pa v maternične vezi — parametrije. Ko je maligni infil-

TABELA 2 : METODE DIJAGNOSTIKE :

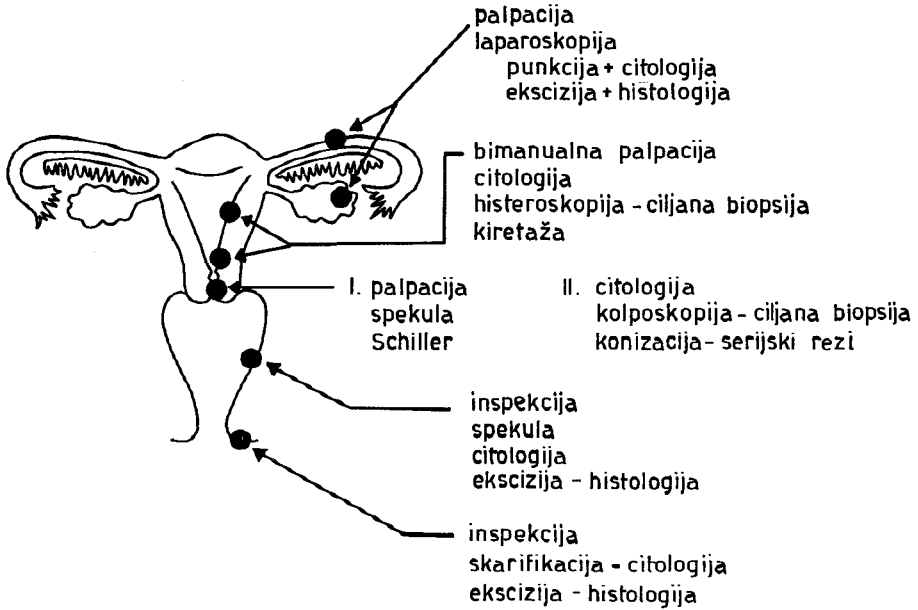
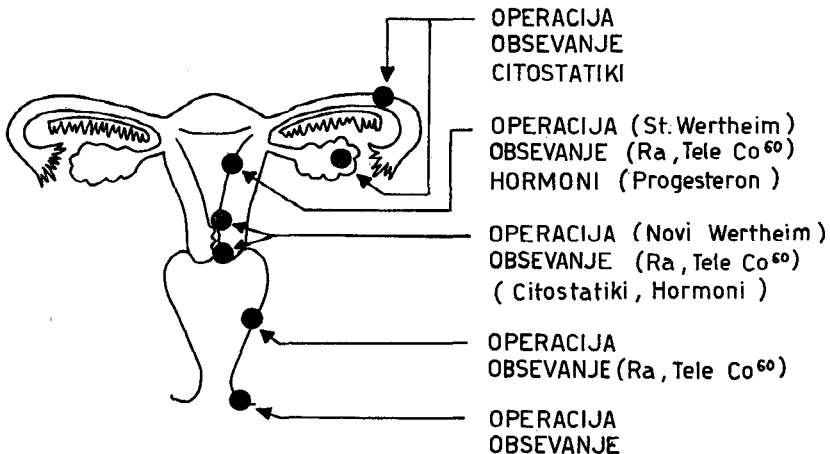


TABELA 3 : MOŽNOSTI TERAPIJE :



trat zajel parametrije v steno medenice ali je prešel doljno tretjino vagine, uvrstimo take primere v III. stadij bolezni. V IV. stadij bolezni uvrščamo primere, kjer rakavi infiltrat prehaja v sečni mehur ali debelo črevo, ter primere oddaljenih metastaz v bezgavkah in drugih organih. Kolikor večji je stadij bolezni, toliko manj je možnosti za ozdravitev. Rak materničnega vratu zdravimo v I. stadiju bolezni operativno, medtem ko kasnejše stadije zdravimo samo z obsevanjem ali kombinirano z operacijo in obsevanjem (Tab. št. 3).

Pri stadiju I. a operiramo po Schauta-Amreichu. V tem stadiju je rak že prešel bazalno membrano, rakava sprememba ne sega daleč v globino, na površini pa sprememba ni tolikšna, da bi jo lahko s prostim očesom imeli za rakavo spremembo. Stadij bolezni potrdimo s histološko preiskavo. V stadij I. b uvrščamo vse rakave spremembe na materničnem vratu, ki jih lahko še s prostim očesom štejejo za rakavo raščo, ki zajema maternični vrat. Tumor se ne širi v fornikse vagine ali v parametrije. V tem stadiju je potrebna radikalna operacija, pri kateri odstranimo maternico, zgornjo tretjino vagine, jajčnike, dovolj parametrijev in regionarne limfne žleze. Če najdemo v limfnih žlezah že rakavo infiltracijo, je prognoza bolezni kljub radikalni odstranitvi maternice slaba. Take primere po izvršeni operaciji še obsevamo (Tab. št. 4). V II. stadiju bolezni, kjer se rakav infiltrat širi v steno medenice ali prerašča spodnjo tretjino vagine, zdravimo take primere samo z obsevanjem, z radijem in telekobaltom. V IV. stadiju bolezni zdravimo s paliativnim obsevanjem. Obsevalne doze so po navadi nižje in tako ne zadoščajo za popolno uničenje rakavih celic.

TABELA 4

TERAPIJA ZA CA COLLI UTERI

Ca colli uteri :

in situ	—	Konizacija (tela, tev)
stadij I.a	—	Schauta - Amreich
stadij I.b	—	Novi Wertheim+(lfg.+ → obsevanje)
stadij II.	—	Preoperativno obsevanje,(Ra + obsevanje), Novi Wertheim
stadij III	—	Ra + obsevanje
stadij IV	—	Paliativno obsevanje

S sodobnim kirurškim zdravljenjem raka na materničnem vratu in s tehničnim napredkom obsevanja ali s kombinacijo zdravljenja po obeh metodah se kljub dobrim rezultatom srečujemo s komplikacijami na urinarnem aparatu in debelem črevesu. Komplikacije so pogostnejše, kadar moramo zaradi stadija bolezni zdraviti po obeh metodah, to je z operacijo in obsevanjem. Spremembe na urinar-

nem aparatu so lahko prisotne že ob sprejemu na zdravljenje, med zdravljenjem in po njem pri kasnejših kontrolnih pregledih. Pomembna komplikacija je infekcija sečnih poti. Druga zelo pomembna komplikacija je stenoza sečevodov zaradi maligne infiltracije ali po obsevanju zaradi fibrozne stenoze tistega dela sečevoda, ki poteka skozi parametrije. Z višjim stadijem bolezni je komplikacij čedalje več. V vseh stadijih raka na materničnem vratu je skoraj polovica takih primerov, ki potekajo s komplikacijo na urinarnem aparatu. Prav zaradi tega so potrebne pogostne kontrole po končanem zdravljenju. Do komplikacij na urinarnem aparatu pride lahko pozno, po treh ali več letih zdravljenja. V skoraj 10 odstotkih umirajo bolnice zaradi komplikacij na urinarnem aparatu ob pozdravljenem raku materničnega vratu. Zgodnje odkrivanje in zdravljenje komplikacij daje boljše rezultate in boljše preživetje bolnic.

Ca corporis uteri

Rak materničnega telesa je zaradi višje povprečne starosti vse pogostejši. Najpogosteje obolevajo za rakom maternice med 50. in 70. letom starosti. Redkeje se pojavlja pod 50 leti, pred 40. letom starosti pa je redkost. Najpogostejši simptom bolezni je neredna krvavitev ali krvavitve iz genitala po menopavzi. Najpreprostejša metoda diagnostike je kiretaža s histološkim pregledom dobljenega materiala. Navaden postopek citoloških brisov ne daje zadovoljivih rezultatov. Nekoliko boljše rezultate dobimo z izpiranjem materične votline. Histeroskopija je novejša metoda vizualne inspekcije maternične votline, pri kateri lahko odvezamo material za histološko preiskavo (Glej tab. št. 2).

Rak maternice zdravimo z operacijo. Za začetne oblike je dovolj odstranitev maternice z jajčniki, pri nekoliko napredovalih primerih pa odstranimo maternico in jajčnike po postopku »Stari Wertheim«. V inoperabilnih primerih ali kadar gre za druge razloge, kot npr. za kardiorespiratorno insuficienco ali drugo, zdravimo raka maternice s polnjenjem maternične votline z radioaktivnimi materiali, nekatere primere pa obsevamo na telekobaltnih aparaturnah. Zdravljenje dopolnjujemo s hormonskimi preparati. Za hormonalno zdravljenje uporabljamo preparate progesterona v depotnih oblikah. Rezultati petletnega preživetja raka na maternici so zelo dobri.

Ca vaginae in vulvae

Rak vagine in vulve je zastopan le v 6 do 10 odstotkih vseh oblik raka na ženskih genitalih. Manj primerov raka je v vagini, nekaj več ga srečujemo na vulvi, posebno v zadnjem času, ker se dviga povprečna starost žensk (Tab. št. 1).

Za diagnosticiranje teh dveh lokalizacij (Tab. št. 2) uporabljamo inspekcijo, citologijo in biopsijo s histološko verifikacijo. Zgodnje oblike raka v vagini zdravimo z operacijo. V napredovalih primerih bolezni zdravimo z obsevanjem, lokalno z radioaktivnimi materiali ali perkutano z obsevanjem na telekobaltnih aparaturnah.

Enako velja tudi za raka na vulvi. Zgodnji stadiji raka teh dveh lokalizacij imajo dobro prognozo, medtem ko je pri višjih stadijih prognoza slabša.

Ca ovarii in ca tubae

Rak jajčnika je zastopan v 20 odstotkih malignih obolenj ženskega genitala. Najpogosteje se pojavlja pri ženskah med 40. in 60. letom starosti. V začetku bolezni je brez simptomov, v kasnejšem obdobju, ko se razvije ascites, se kažejo simptomi zaradi naraščanja ascitesa.

Rak jajcevodov je redka oblika raka na ženskih genitalih. Diagnoza je v začetku bolezni, ko še ni prave simptomatike, zelo težka. V vseh nejasnih primerih pri ginekološki palpaciji je najzanesljivejša metoda diagnostike z laparoskopijo. Navadno diagnosticiramo raka na jajcevodih šele takrat, ko najdemo metastaze. V tem času je primarni tumor največkrat še zelo majhen. Raka na jajcevodih zdravimo z operacijo, obsevanjem in s citostatiki. Zaradi zgodnjega metastaziranja je prognoza zelo slaba.

Pri vseh nejasnih ginekoloških palpacijah pri ženskah, ki se redno kontrolirajo vsakih šest mesecev, moramo narediti laparoskopijo. Le-ta je dandanes edina najzanesljivejša metoda za zgodnje odkrivanje raka na jajčnikih. Kot vse druge lokalizacije raka na ženskih genitalih, tako je tudi rak jajčnika razdeljen po stadijih bolezni (Tab. št. 5).

TABELA 5

TERAPIJA ZA CA OVARIJ :

- stadij I. — Operacija + citostatiki
- stadij II. — Operacija + obsevanje+citostatiki
- stadij III. — Obsevanje → operacija → citostatiki
- stadij IV. — Paliativno zdravljenje

Vrsta zdravljenja je odvisna od stadija bolezni. Pri vseh stadijih bolezni moramo pred operacijo najprej laparoskopirati. Z laparoskopijo diagnosticiramo bolezen, ugotovimo razširjenost procesa in odvzamemo koščke tkiva za histološko verifikacijo. Pri laparoskopiji lahko punktiramo ciste jajčnikov. Dobljeno tekočino pošljemo takoj v citološko preiskavo še med laparoskopijo. Ob pozitivnem citološkem izvidu, primer je laparoskopsko omejen na jajčnike in potemtakem operabilen, po laparoskopiji takoj nadaljujemo z laparotomijo. Odstranimo maternico in rakavo spremenjene jajčnike. V inoperabilnih primerih, kadar tumor infiltrira v sosednje organe ali najdemo pri laparoskopiji polno metastaz v trebušni votlini, zdravimo najprej z obsevanjem. Po končanem obsevanju ponovno laparoskopiramo. Če je primer postal operabilen, se odločimo za operacijo, pri kateri odstranimo maternico in spremenjene jajčnike ter pečico. Po operaciji zdravljenje nadaljujemo s citostatiki. Rezultate zdravljenja raka na jajčniku bomo izboljšali le, čim pogosteje bomo uporabljali laparoskopijo, posebno v kasnejših stadijih, kjer so rezultati še zelo slabi. Kombinirano zdravljenje z operacijo, obsevanjem in citostatiki daje boljše rezultate preživetja, ki so v primarno inoperabilnih primerih boljši od treh let po začetku zdravljenja bolezni.

V terminalnem stadiju bolezni se prično komplikacije na gastrointestinalnem traktu v smislu subileusa in ileusa. Kirurško zdravljenje takih primerov je zelo težavno, včasih celo nemogoče, tako da take bolnice umirajo zaradi inanicije in peritonitisa.

Sklep

Onkološka ginekologija se je razvijala in dosegla vidno mesto po drugi svetovni vojni. K temu so prispevali številni medicinski kadri, množična uporaba kolposkopije in odvzemanje citoloških brisov, nove izpopolnjene metode diagnostike — posebno laparoskopija, novejša naprave za obsevanje in vse večja izbira citostatikov. Z višjo povprečno starostjo se večata število novih primerov malignoma na ženskih genitalijah. V zadnjem desetletju se večata število in odstotek raka na maternici in jajčnikih, tako da je danes razmerje med rakom materničnega vratu in telesa maternice dva proti ena, nekoliko manjše je razmerje pri raku jajčnika. Boljše rezultate za zdravljenje raka na materničnem vratu smo dosegli z odkrivanjem bolj zgodnjih stadijev bolezni in intraepitelialnih lezij — ca colli uteri in situ. Pri rednih ginekoloških pregledih nam pomagajo kolposkopija in odvzemi brisov za pregled po Papanicolaou. Normalni ploščati epitelij materničnega vratu lahko z metaplazijo preide v displazijo epitelija in le-ta v intraepitelialnega raka ter končno v invazivnega raka materničnega vratu. Vse nejasne in sumljive izvide pri ginekološki palpaciji pošiljamo v bolniške ustanove, kjer je možnost laparoskopije, pri kateri lahko odvezamo material za citološko in histološko preiskavo. Z laparoskopijo pridemo hitro in enostavno do diagnoze. Ginekološke malignome zdravimo z operacijo, obsevanjem ali s kombinacijo obeh metod ter s citostatiki. S sodobnim zdravljenjem dosegamo višji odstotek petletnih preživetij. Več vrst zdravljenja ima za posledico tudi več vrst komplikacij. Pri zdravljenju raka na materničnem vratu pogosto najdemo komplikacije na sečevodih, sečnem mehurju, ledvicah in debelem črevesu.

Pri raku jajčnika so komplikacije na gastrointestinalnem traktu s simptomatiko subileusa in ileusa. Diagnostična in operativna laparoskopija naj se uporabljata vse pogosteje, le tako bodo rezultati zdravljenja jajčnika boljši.

NAČINI RAZSVETLJAVE

— neposredna razsvetljava: skoraj ves svetlobni tok je usmerjen v določeno smer — navzdol (izberemo jo za visoke dvorane in obratne prostore s temnim stropom in temnimi stenami, v katerih se opravlja delo, pri katerem so zaželeno močne sence;

— pretežno neposredna razsvetljava: večji del svetlobnega toka je usmerjen navzdol, manjši del pa navzgor;

— prosto sijoča razsvetljava: svetlobni tok se razpršuje v vse strani enakomerno;

— pretežno posredna razsvetljava: večji del svetlobnega toka je usmerjen navzgor, manjši del pa navzdol;

— posredna razsvetljava: ves svetlobni tok je usmerjen v strop in stene, od koder se odbija v prostor (na splošno ni primerna za delovne prostore in jo uporabljamo predvsem v večjih dvoranah, avlah in podobno. Pogoji za uporabo posredne razsvetljave pa so svetle stene in svetel visok strop.

V. Verhovnik, Zdr. varstvo št. 7/8 1976