GINEKOLOŠKI TUMORI

Objavljeno na: [www.maturski.org](http://www.maturski.org/)

RAK GRLIĆA MATERICE

Rak grlića materice je, pored raka dojke, debelog crijeva, pluća i endometrija, jedan od najčeščih malignih tumora kod žena, sa najvećom incidencijom i mortalitetom u nerazvijenim zemljama Južne Amerike, Azije i Afrike. Incidencija raka grlića materice se postepeno povećava nakon treće decenije života, a prosječna životna dob bolesnica je 47 godina. Žene starije od 65 godina rijetko oboljevaju, ali je stopa mortaliteta te populacije visoka zbog uznapredovalih stadija bolesti. Rak grlića materice se češće javlja kod osoba koje ne posjećuju ginekologa i ne provode adekvatnu spolnu higijenu.

Rak grlića materice se smatra spolno prenosivom bolešću, s obzirom na to da od nje znatno češće obolijevaju osobe sa ranim početkom spolnog života, sa više brakova i porođaja, sklone promiskuitetu i liječene od raznih spolnih bolesti. Infekcija humanim papiloma virusom (HPV) izaziva poremećaj funkcije i rasta normalne i transformaciju u malignu ćeliju. Rizik je povećan kod žena sa imunodeficijencijom (HIV seropozitivne, tretman sa imunosupresivnim lijekovima), pušenja (djelovanje hemijskih karcinogena iz sekreta vagine), kao i kod deficitarnosti ishrane sa vitaminima A, C i folne kiseline.

Rak grlića materice nastaje na prednjoj ili stražnjoj usni, u obliku egzofita ili ulceracija, a rjeđe u cervikalnom kanalu. Siri se per continuitatem na grlić, cervikalni kanal, endometrij, paracervikalno tkivo, parametrija ili vaginu, a limfogeno u parametralne, opturatorne, ilijakalne i aortalne limfne čvorove. Hematogeno metastazira u pluća, medijastinum, supraklavikularne limfonode, kosti i jetru.

Kod neinvazivnih formi simptomi su oskudni, a klinički znaci kod početnih invazivnih tumora su vodnjikav vaginalni iscjedak, postkoitalna, intermenstrualna i obilna menstrualna krvarenja. Kod uznapredovalih stadija bolesti, usljed prodora tumora u okolne organe, javljaju se vaginalna ili rektalna krvarenja, hematurije, bolovi, smetnje sa defekacijom, oštećenja funkcije bubrega zbog opstrukcije uretera i hidronefroza.

Adenokarcinom se javlja u 15% slučajeva, nastaje iz endocervikalnog cilindričnog epitela, a cerviks poprima formu bureta («barell shaped»). Obično se manifestuje pojačanim iscjetkom kao kod upalnih promjena, zbog čega se kasno otkriva.

Incidencija adenokarcinoma grlića materice je zadnjih decenija u konstantnom porastu. Adenoskvamozni tipk, karcinomi malih ćelija i karcinoidi su rijetki.

Rak grlića materice se može vrlo uspješno liječiti ako se ltkrije u početnim stadijima bolesti (karcinom in situ, rani invazivni rak). Petogodišnje preživljavanje liječenih bolesnica sa karcinom in situ je 1OO%.

Osnovna pretraga u ranoj detekciji je pregled cervikalnog brisa po Papanicolau. To je vrlo jednostavan i prihvatljiv test koji se primjenjuje kod ženske populacije od 18. godine starosti, u redovnim vremenskim razmacima, jedanput godišnje. Kod dva ili tri negativna citološka nalaza pregledi se mogu prolongirati svake dvije do tri godine. Papanicolau test nije savršen jer se njime teže otkrivaju početne forme adenokarcinoma, a procenat lažno negativnih nalaza prelazi 2O%.

Dijagnoza raka grlića materice se postavlja na osnovu bimanuelnog ginekološkog pregleda u spekulima i rektovaginalno, kolposkopijom i biopsijom suspektnih lezija ili vidljivog tumora, frakcioniranom kiretažom cervikalnog kanala ukoliko ne postoji vidljiva lezija. Stepen proširenosti bolesti se određuje cistoskopijom, rektoskopijom, i.v. urografijom i kompjuterizovanom tomografijom. Sa magnetskom rezonancom se mogu verificirati metastaze u limfnim čvorovima koji su manji od 2 cm, a pod kontrolom magnetske rezonance i kompjuterizovane tomografije vrše se citološke punkcije suspektnih lezija u pelvisu.

U određivanju stadija bolesti koristimo se sa FIGO klasifikacijom (International Federation of Obstretics and Gynecology).

|  |
| --- |
| Klasifikacija raka grlića materice (FIGO) |
| Stadij O | - Ca in situ, intraepitelijalni karcinom (Cis) |
| Stadij I | - rak strogo ograničen na grlić (širenje na korpus uterusa se zanemaruje) |
| IIA1 | - mikroskopski evidentna stromalna invazija do 3 mm u dubinu |
| IIA2 | - mikroskopski mjerljiva invazija strome do dubine 5 mm i sa horizontalnim |
|  | širenjem do 7 mm |
| IB | - lezija većih dimenzija od stadija IA2 |
| IB1 | - lezija do 4 cm veličine |
| IB2 | - lezija veća od 4 cm |
| Stadij II | - rak se širi sa cerviksa, ne zahvata zid karlice, zahvata vaginu, ali ne donju |
|  | trećinu |
| IIA | - bez infiltracije parametrija |
| IIB | - infiltracija parametrija |
| Stadij III | - rak se proširio do zida karlice, zahvata donju trećinu vagine. U ovaj stadij |
|  | nisu uključene bolesnice sa hidronefrozom ili afunkcijom bubrega |
| IIIA | - zahvatanje dvije trećine vagine, bez širenja do zida karlice |
| IIIB | - širenje do zida karlice ili hidronefroza i afunkcija bubrega |
| Stadij IV | - širenje raka izvan karlice ili zahvatanje sluznice mokraćne bešike i rektuma |

IVA - širenje na bešiku ili rektum IVB - širenje na udaljene organe

Bolesnice sa cervikalnim intraepitelijalnim neoplazijama (CIN) i karcinomom in situ (CIS) tretiraju se sa poštednim zahvatima - konizacijom koja je ujedno dijagnostička i tgerapijska procedura. Dijagnoza mikroinvazivne bolesti se bazira na dubini i širini invazije kod pregleda konusnog isječka.

Kod tumorske penetracije u dubini 3 mm (stadij IA1) indicirana je histerektomija simplex, a kod nepovoljnih prognostičkih faktora modificirana radikalna histerektomija sa pelvičnom limfadenektomijom.

Kod tumora u stadiju IB i IIA indicirana je radikalna histerektomija sa pelvinom limfadenektomijom, a radioterapija kod tumora većih od 4 cm, kao i kod metastatski promijenjenih paraaortalnih pelvičnih limfonoda dokazanih intraoperativno.

Rezultati petogodišnjeg preživaljavanja bolesnica nakon hirurškog liječenja u stadiju IA, IB, IIA su u uskoj korelaciji sa veličinom tumora i statusom limfnih žlijezda. Kod tumora veličine do 2 cm i sa negativnim limfonodima petogodišnje preživljavanje je oko 90%, a kod tumora većih od 4 cm i pozitivnim limfonodima 60-70%. Kod negativnih limfonoda u stadiju IIA petogodišnje preživljavanje bolesnica je 70-80%, a kod metastatski promijenjenih limfonoda

oko 40%.

Radoterapija je metoda izbora za tretman raka grlića materice u uznapredovalim stadijima

bolesti (IIB - IVA)

Sluznica vagine, grlića i tijela materice imaju izvanrednu toleraciju na zračenje, za razliku od rektuma, mokraćne bešike, tankog crijeva, što se mora imati u vidu prilikom planiranja radioterapije. U radioterapii se primjenjuje vanjsko zračenje sa fotonima visokih energija na kobaltu ili linearnom akceleratoru sa poljem koje obuhvata pelvis i primarnu leziju i intrakavitarna brahiterapija sa radioaktivnim izvorima Co-60, Cs-137, Ir-192, niskog, srednjeg i visokog intenziteta zračenja, koji se uvode u cervikalni kanal i svodove vagine.

U toku terapije prvo se primjenjuje eksternalno zračenje da se unište ćelije na periferiji tumora, reducira tumorski volumen i omogući opskrba kisikom malignih ćelija u centralnom dijelu tumora. Ukupna doza perkutanog i intrakavitarnog zračenja u tački A iznosi 70-80

greja.

Preoperativno zračenje se primjenjuje kod tumora većih od 4 cm i endocervikalnih lokalizacija. Cilj preoperativnog zračenjaa je smanjenje volumena tumora, sterilizacija pelvičnih limfonoda i sprječavanje diseminacije malignih ćelija za vrijeme naknadnog operativnog zahvata.

Lokalni recidivi u pelvisu ili paraaortalnim limfonodima mogu se tretirati zračenjem i kemoterapijom, što može rezultirati dobrim odgovorom i dužim periodom bez prisustva bolesti. Petogodišnje preživljavanje bolesnica u stadiju IIB je oko 60%, u stadiju III 30%, a u

stadiju IV oko 10%.

Postoperativni ili postiradijacioni recidivi nastali nakon operacija ili zračenja, ogrančeni na pelvis mogu se an bloc ukloniti zajedno sa grlićem i tijelom materice (ukoliko nisu ranije operativno uklonjeni), vaginom, mokraćnom bešikom ili rektumom.

Palijativna radioterapija se primjenjuje kod uznapredovalih tumora koji su zahvatili rektum, mokraćnu bešiku i vaginu i prouzrokovali obilna krvarenja.

Kemoterapija se može primjenjivati kod lokalno uznapredovalih tumora prije operacije ili zračenja sa ciljem redukcije tumorskog volumena i omogućavanja naknadnog hirurškog zahvata. Neoadjuvantna kemoterapija daje visok procenat odgovora, ali ne poboljšava rezultate preživljavanja.

Poboljšanje lokalne kontrole bolesti i produženo preživaljavanje bolesnica postignuto je primjenom konkomitantne radioterapije i kemoterapije kod lokalno uznapredovalih tumora u

stadiju IIB i IIIB.

Od kemoterapijskih protokola najčešće se primjenjuju kombinacija Cisplatina sa 5 FU ili Cisplatina sa Bleomicinom, ukupno 2 ciklusa u razmacima od 3 nedjelje, uz perkutano i intrakavitano zračenje sa dozom od 65 Gy.

Palijativna kemoterapija se primjenjuje kod recidivirajućih procesa nakon lokalne teapije, kao i kod udaljenih metastaza sa procentom remisija svega 1O%, i sa vrlo karatkim vremenom trajanja odgovora.

RAK ENDOMETRIJA

Rak endometrija se po učestalosti u zapadnim zemljama nalazi na četvrtom mjestu obolijevanja od malignih oboljenja kod žena, iza raka dojke, debelog crijeva i pluća. Najčešće se javlja kod menopauzalnih žena (prosječna starosna dob bolesnica je 58 godina) i pokazuje tendenciju rasta.

Žene sa dugotrajnom aktivnošću jajnika (primarni sterilitet, kasna menopauza) disfunkcijskim anovulatornim krvarenjima, polipozom, miomima, raznih oblicima adenomatozne hiperplazije i policistoze jajnika imaju povećni rizik obolijevanja. Kod svih ovih stanja povećana je produkcija estrogena koji stimulišu proliferaciju ćelija endometrija. Ostali rizični faktori su gojaznost, hipertenzija, dijabetes, ishrana bogata životinjskim mastima i nasljednost (povezanost raka endometrija sa rakom dojke, debelog crijeva i jajnika u porodici). Kod gojaznih žena povišena je koncentracija estrogena u serumu i ubrzana konverzija androgenih prekursora u estrogene. Progesteron smanjuje aktivnost ćelija endometrija, blokira vezivanje estrogena za receptore i vrši konverziju estradiola u manje aktivnih estron.

Rak endometrija se može razviti iz normalne, atrofične i hiperplastične sluznice u vidu solitarnog čvora, polipa ili tumorske mase koja potpuno ispunjava šupljinu uterusa. Kod mlađih žena koje su izložene prolongiranom djelovanju estrogena uz nepromijenjeni nivo progesterona, karcinomi endometrija se razvijaju u hperplastičnoj sluznici, obično su dobro diferencirani tumori sa povoljnom prognozom i otkrivaju se u ranim stadijima bolesti. Tumori koji se razvijaju iz atrofične sluznice se estrogen neovisni, slabo diferencirani tmori, kasno se otkrivaju i imaju lošu prognozu.

Prekomjerna ekspresija onkogena HER-2-neu i c-myc se nalazi kod 2/3 bolesnica oboljelih od raka endometrija. Antiestrogeni hormoni, koji se koriste u liječenju raka dojke, kod dugotrajne aplikacije stimuliraju proliferaciju ćelija endometrija i mogu izazvati rak.

Prema klasifikaciji Međunarodnog društva ginekoloških patologa rak endometrija se dijeli na

1. Endometroidni (adenocarcinoma endometroides): papilarni, sekretorni, cilijarni, adenokarcinom sa pločastom metaplazijom (adenocanthoma adenoskvamozni rak).
2. Mucinozni
3. Serozni
4. Karcinom svijetlih ćelija
5. Pločasti
6. Nediferencirani (ca anaplasticum)
7. Miješani
8. Metastatski

Adenokarcinomi su najčešći maligni tumori endometrija, a prema stepenu diferenciranosti se dijele na dobro diferencirane (50%), koji su skoro u potpunosti građeni od žljezdanih formacija, srednje diferencirane (35%) sa žljezdanim i solidnim ćelijama i slabo diferencirani (15%) sa pretežno epitelijalnim ćelijama, dok je žljezdano tkivo skoro u pptpunosti nestalo. Što je tumor slabije diferenciran, biološki je agresivniji i prognostiki nepovoljniji.

Leiomyosarcomi su rijetki tumori koji se prepoznaju po izraženom ćelijskom pleomorfizmu i gigantskim tumorskim ćelijama. U maligne sarkome spadaju i stromalni tumork, niskog i visokog malignog potencijala.

Prognoza bolesti je ovisna o histološkom tipu i stepenu diferencijacije tumora, dubini tumorske invazije u miometrij, širenju procesa na grlić, zahvaćenosti limfonoda i limfovaskularnoj invaziji.

Najčešći rani znak raka endometrija su krvarenja i menopauzi. Ukoliko je cervikalni kanal obliteriran, dolazi do nakupljanja krvi u šupljini materice, ovećanja njenog volumena, kompresije na okolne organe i bolova u predjelu donjeg abdomena. Rak endometrija se širi u svim pravcima na cerviks, parametrija, vaginu, mokraćnu bešiku, debelo crijevo, što je praćeno hematurijama, opstipacijama, ileusom ili uremijama. Kod duboke invazije tumora u miometrij dolazi do metastaziranja limfonoda limfonoda u pelvis i u paraaortalnu regiju. Najčešća mjesta hematogenog metastaziranja su pluća, kosti, jetra i mozak.

Kod svakog postmenopauzalnog krvarenja treba obavezno izvršiti dilataciju materice sa frakcioniranom kiretažom, posebno endocerviksa i šupljine materice. Uzorci biopsije se koriste i za određivanje estrogenskih i progesteronskih receptora, kao i za druge relevantne pretrage (DNA flow citometrija i ploidija, ekspresija HER 2/neu, C-myc onkogena, tumorski markeri). Ultrazvučni pregled vaginalnom sondom, i.v. urografija, kompjuterizovana tomografija i magnetska rezonanca se koriste u određivanju lokalizacije i volumena tumora, kao i stepena penetracije miometrija.

Za određivanje stadija bolesti u kliničku praksu je uvedena FIGO klasifikacija. Podjela raka endometrija prema FIGO klasifikaciji

I Tumor ogrfaničen na korpus
IA G1,2,3 Tumor ograničen na endometrij

IB G1,2,3 Invazija tumora do % debljine miometrija

IC G1,2,3 Invazija tumora više od % debljine miometrija

II Tumor zahvata i tijelo i cerviks materice, ali se ne širi izvan
IIA G1,2,3 Zahvatanje samo endocervikalne sluznice

IIB Invazija cercikalne strome

III Tumor se širi izvan materice, ali ne izvan pelvisa

IIIA G1,2,3 Tumor zahvata serozu i/ili adnekse i/ili peritoneum-citologija

IIIB G1,2,3 Zahvatanje vagine (direktno širenje ili metastaze)

IIIC G1,2,3 Metastaze u pelvične i/ili paraaortalne limfne čvorove

IV Tumor se širi izvan pelvisa ili zahvata sluznicu mokraćnog mjehura ili rektuma
IVA Tumor zahvata mukozu mokraćnog mjehura ili mukozu crijeva

IVB Udaljene metastaze, uključujući intraabdominalne i/ili ingvinalne limfonode

Kod ranih stadija bolesti (I, II) primjenjuje se radikalna abdominalna histerektomija sa bilateralnom adneksektomijom i limfadenektomijom parametralnih limfonoda.

U toku operacije obavlja se pažljiva eksploracija peritonealn šupljine sa biopsijom omentuma, pelvičnih i paraaortalnih limfonoda, svih suspektnih lezija, kao i uzimanje ispirka za citološki pregled. Nakon uklanjanja materice određuje se dubina penetracije i miometrij i cerviks.

Postoperativna radioterapija se primjenjuje kod svih stadija bolesti osim kod bolesnica sa dobro diferenciranim tumorima i ukoliko penetracija tumora u miometrij ne prelazi 1/3 debljine zida (stadij IA G1). U slučajevima kontraindikacija za operativni zahvat, kao i kod starijih bolesnica u stadiju IA, primjenjuje se zračenje, a rezultati petogod9šnjeg preživljavanja bolesnica su visoki.

Perkutano zračenje se provodi sa fotonima visokih energija od 8-18 MeV-a, sa dozom od 45­50 Gy na pelvis, i brahiterapijom sa dozom od 30-35 Gy.

Kod tumora u stadiju IB G2, G3 postoperativna intravaginalna radioterapija prevenira nastajanje recideiva na zaraslici i poboljšava lokoregionalnu kontrolu bolesti. Prema izvještajima studije GOG, objavljene 1998.godine, adjuvantna radioterapija smanjuje rizik nastajanja recidiva u pelvisu, ali ne utiče na preživljavanje bolesnica.

Postoperativna iradijacija pelvisa je indicirana kod tumora sa izrazitom agresivnošću, kao što su rak svijetlih ćelija, serozni, papilarni i histološkim gradusom II i III.

S obzirom na širenje raka endometrija kroz šupljinu uterusa u području limfne drenaže i u abdominalnu šupljinu, znatno je povećan rizik relapsa bolesti, tako da kod većine bolesnica sa pozitivnim citološkim nalazom ispirka i metastaza u pelvičnim limfonodima u kasnijem toku nastaje karcinoza peritoneuma ili hematogena diseminacija na pluća, jetru, kosti i CNS.

Radikalna abdominalna histerektomija sa bilateralnom adneksektomijom i limfadenektomojom je osnovni način liječenja uznapredovalih tumora endometrija. Uklanjanje pelvičnih i paraaortalnih limfonoda je indicirano kod invazije tumora u miometrij više od 50%, kod tumora na granici cerviksa i korpusa, kod metastaza u adneksima i ekstrauterinih metastaza, kod vrlo agresivnih tumora (serozni, rak svijetlih ćelija, nediferencirani, pločasti) i vizuelno uvećanih i palpabilnih limfonoda.

Postoperativna iradijacija pelvisa se provodi sa ciljem sprjećavanja nastanka recidiva koji se najčešće javljaju na vagini, kao i pelvičnim i paraaortalnim limfonodima.

Duže preživljavanje bolesnica nakon primjene radioterapije registrovano je kod lokalnih recidiva u vagini, kao i palijativne iradijacije koštanih metastaza.

Palijativno zračenje se primjenjuje kod metastaza na kostima i kod sprječavanja krvarenja.

Abdominalna histerektomija sa bilateralnom adneksektomijom je metoda izbora u liječenju raka endometrija I i II stadija. Kod rizičnih grupa bolesnica, kao i kod bolesnica koje nisu hirurški tretirane indicirana je radioterapija. Kod bolesnica u III stadiju bolesti primjenjuje se radioterapija, a hormonalna terapija je rezervisana za bolesnice u IV stadiju bolesti sa dobro diferenciranim tumorima ili sa pozitivnim receptorima.

RAK JAJNIKA

Rak jajnika čini skoro Vi svih malignih tumora ženskih spolnih organa i vodeći je uzrok smrti među ginekološkim tumorima. Incidencija i mortalitet ove bolesti je u konstantnom porastu u razvijenim zapadnim zemljama. Rak jajnika se javlja kod 80% žena u menopauzi, a prosječna starosna dob oboljelih je 59 godina.

Uzroci nastanka araka jajnika su nedovoljno poznati i vjerovatno su posljedica naizmjeničnih oštećenja i reparatornih procesa na germinativnom epitelu koji nastaju kod ovulacija. Od aka jajnika češće obolijevaju osobe ranije liječene od raka dojke i endometrija, sa naslijeđenim genetskim defektima BRCA 1 gena, nulipare, kao i žena čija je ishrana bogata mastima i ugljikohidratima. Svaki duži prekid ovulacije, bilo da se radi o trudnoći ili uzimanju kontraceptiva, smanjuje rizik nastanka raka jajnika.

Prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije, tumori jajnika su podijeljeni u 11 grupa, od kojih su najznačajniji epitelijalni tumori - karcinomi, tumori spolnih ćelija i specijalni tumori strome jajnika. Od epitelijalnih karcinoma najčešći su serozni (45%, nediferencirani (17%, endometroidni (15%), mucinozni (12%) i karcinomi svijetlih ćelija (6%) koji su često udruženi sa endometriozom i rakom endometrija. Granični tumori su građeni iz dobro diferenciranih ćelija sa papilarnom proliferacijom, koji ne invaddiraju stromu i niskog su malignog potencijala. Metastatski tumori čine 5% svih tumora jajnika. Prema stepenu zrelosti, tumori jajnika se dijele na dobro diferencirane, koji su najavećim dijelom građeni od žljezdanog tkiva (gradus I), umjereno diferencirane, sa kombinacijom žljezdanog i solidnog tkiva (gradus II) i slabo diferencirane, sa prevalencijom solidnog tkiva (gradus III).

Rani simptomi raka jajnika su potpuno nespecifični, tako da većina bolesnica dolazi na pregled u uznapredovalim stadijima bolesti. Prvi znaci koji upućuju na postojanje tumora su povećanje obima trbuha, nadutost i bolovi u donjem abdomenu, smetnje sa mokrenjem i stolicom (tumori mogu narasti do veličine 10-12 cm prije nego što se klinički manifestuju), a bolesnice obično dolaze na liječenje sa palpabilnim tumorom u abdomenu, ascitom i/ili pleuralnim izljevom. Vrlo rijetko se kod postomenopauzalnih bolesnica javljaju se vaginalna krvarenja. Rak jajnika se širi per continuitatem u peritonealnu šupljinu, zahvata omentum, suprotni jajnik, crijeva, serozu jetre i desnu dijafragmu. Limfogeno širenje se odvija putem abdominalnih i dijafragmalnih limfnih sudova, a usljed pokreta dijafragme i crijevne peristaltike dolazi do utiskivanja malignih ćelija u limfotok i širenja na pleuru. Hematogene metastaze u jeru, pluća, kosti i CNS su rijetke.

S obzirom na nepostojanje specifičnih simptoma i znakova bolesti, dijagnostika raka jajnika u ranim stadijima je vrlo otežana. Manji tumori se mogu slučajno otkriti kod pregleda pelvičnih organa ultrazvukom, kompjuterizovanom tomografijom ili magnetskom rezonancom. Svaki palpabilni jajnik kod rutinskog ginekološkog pregleda pobuđuje sumnju na tumor i uslovljava detaljnu obradu. U cilju isključenja drugih ginekoloških tumora, uporedo sa bimanuelnim rektovaginalnim pregledom vrši se citološki pregled vaginalnog i cervikalnog brisa, endocervikalna kiretaža i biopsija endometriju.a Ultrazvučni pregled abdomena sa običnom i vaginalnom sondom, kompjuterizovana tomografija i magnetna rezonanca su sigurne metode u procjeni solidnih nepatognomoničnih lezija ili ascita, ali se definitivna dijagnoza postavlja nakon laparatomije.

Ca 125 se smatra najboljim tumorskim markerom u dijagnostici i postoperativnom praćenju toka bolesti.

Stadij bolesti se određuje prema FIGO klasifikaciji.

Stadij

|  |  |
| --- | --- |
| I | Tumor ograničen na jedan ili oba jajnika |
| IA | Tumor ogrančen na jedan jajnik bez ascitesa, slobodna vanjska površina, |
|  | kapsula intaktna |
| IB | Tumor ogrančen na oba jajnika bez prisustva ascitesa, slobodna vanjska |
|  | površina, kapsula intaktna |
| IC | Tumor na jednom ili oba jajnika, prisutan ascites ili rupturirana kapsula ili |
|  | citološki pozitivne maligne ćelije u ascitesu ili ispirku iz peritonealne šupljine |
| II | Tumor zahvata jedan ili oba jajnika i širi se na pelvične organe |
| IIA | Tumor se proširio ili metastazirao na matericu ili jajovod |
| IIB | Tumor se proširio na druge pelvične organe |
| IIC | Tuomr u stadiju IIA ili IIB sa ascitesom ili citološki pozitivnim malignim |
|  | ćelijama u ascitesu ili ispirku peritonealne šupljine |
| III | Tumor zahvata jedan ili oba jajnika i širi se iznad male zdjelice na peritoneum |
|  | i/ili retroperitonealne i ingvinalne limfne žlijezde, metastazira na površinu jetre |
|  | ili se širi na tanko crijevo ili omentum |
| IIIA | Mikroskopsko širenje po peritoneumu |
| IIIB | Makroskopski vidljivo širenje po peritoneumu, tumori manji od 2 cm |
| IIIC | Makroskopski vidljivo širenje po peritoneumu, tumori veći od 2 cm |
| IV | Udaljene metastaze. Ukoliko postoji pleuralni izliv, citooški nalaz mora biti |
|  | pozitivan |

Dijagnoza i stepen proširenosti bolesti se postavlja nakon inicijalne laparatomije (Hirurški «staging») i pažljive inspekcije i palpacije organa u trbušnoj šupljini, omentumu, dijafragme, jetre, uzimanja uzoraka ascita i aspirata iz Douglasovog prostora za citološki pregled, biopsije subdijafragmalnih i pelvičnih limfonoda, kao i svih suspektnih lezija u abdomenu.

Hirurgija igra značajnu ulogu u liječenju svih stadija raka jajnika i primijenjena sa kemoterapijom, pruža bolesnicama veće šanse za povoljniji ishod.

Kod bolesnica u ranim stadijima bolesti (IA i IB gr I) primjenjuje se abdominalna histerektomija i obostrana adneksektomija bez adjuvantne kemoterapije, a petogodišnje preživljavanje bolesnica je 80-90%. Fertilne bolesnice sa «borderline» i dobro diferenciranim tumorima u prvom stadiju, tretiraju se sa jednostranom ovarijektojijom.

Kod hirurškog liječenja raka jajnika nastoji se ukloniti što je moguće više tumorskog volumena («debulking surgery») i reducirati tumor (optimalna citoredukcija) na veličinu ispod l,5 cm. Optimalna citoredukcija se može provesti kod 80% bolesnica u stadiju II i III, a ukoliko nije moguća (kod 50% bolesnica u stadiju II C) može se primijeniti preoperativna (neoadjuvantna) kemoterapija sa naknadnom laparatomijom («second look surgery») poslije 6-12 mjeseci i citoredukcijom

Uvođenjem adjuvantne kemoterapije u liječenju raka jajnika uloga radioterapije je znatno smanjena.

Postoperativna (adjuvantna) kemoterapija je, pored citoreduktivne hirurgije, metoda izbora u liječenju svih stadija bolesti osim kod dobro diferenciranih tumora u stadiju IA i IB.

Abdominalna histerektomija sa obostranom adneksektomijom u kombinaciji sa postoperativnom - adjuvantnom kemoterapijom predstavlja najbolji način liječenja raka jajnika u ranim stadijima bolesti. Adjuvantna kemoterapija nije indicirana kod dobro diferenciranih tumora u stadiju IA i B. Kod bolesnica sa uznapredovalim tumorima osnovna uloga hirurgije je optimalna cito redukcija, uklanjanje tumorske mase na veličinu ispod 1,5 c, rezidualnog tumora sa popratnom kemoterapijom. Taxol u kombinaciji sa Cisplatinom predstavlja najbolji kemoterapijski pristup u liječenju.

Objavljeno na: [www.maturski.org](http://www.maturski.org/)