

GINEKOLOGIJA

Novosti u liječenju karcinoma endometrija

Jedno od pozvanih predavanja – „*Treatment of Endometrial Cancers*“ – na Drugom hrvatskom kongresu ginekološke onkologije s međunarodnim sudjelovanjem održao je prof. dr. sc. Paolo Zola, subspecijalist ginekologije iz Sveučilišne bolnice u Torinu. Prof. dr. sc. Zola je iz područja ginekoloških karcinoma dosad objavio više od 200 članaka, a bavi se i operiranjem karcinoma dojke. Osim novosti iz područja terapije karcinoma endometrija, prof. Zola je istaknuo još uvijek otvoreno pitanje protokola za praćenje operiranih bolesnica u svrhu što ranijeg otkrivanja recidiva te česte bolesti.

S prof. Paolom Zolom razgovarala Lea Rukavina Kralj

MEDIX: Prof. Zola, bavi li se većina subspecijalista ginekološke onkologije u Italiji i liječenjem raka dojke?

PROF. ZOLA: Ginekolozi se bave liječenjem bolesti dojke u dosta centara na sjeveru (npr. Piemont) i u središnjem dijelu Italije (Lazio). U drugim je regijama Italije to područje kojim se bave opći i plastični kirurzi.

MEDIX: Dobije li se edukacija vezana za kirurško liječenje raka dojke tijekom specijalizacije iz ginekologije?

PROF. ZOLA: Ne. Edukacija iz ovog područja se stječe na različitim domaćim i međunarodnim tečajevima, a vrlo je važna i tradicija pojedinih bolnica u kojima kolege s dugim iskustvom u operacijama karcinoma dojke znanje prenose na mlađe kolege.

MEDIX: Je li ultrazvuk dojke također u sferi rada ginekologa?

PROF. ZOLA: Dijagnostiku bolesti dojke radimo s radiolozima, a ovisno o centru ultrazvuk dojke rade ginekolog ili radiolog. Mislim da je logično da ginekolog kontrolira dojke u žena jer je stanje dojki fiziološki i hormonalno povezano s menstrualnim ciklusom, uzimanjem hormonalne kontracepcije ili hormonske nadomjesne terapije i trudnoćom te drugim fiziološkim i patološkim stanjima s kojima se susreće ginekolog.

MEDIX: S obzirom da se bavite i rakom dojke i ginekološkim karcinomima, možete li reći koliko često kod žena na hormonskoj terapiji



Prof. dr. sc. Paolo Zola ističe kako što prije treba uskladiti protokole za praćenje bolesnica nakon liječenja primarnog karcinoma endometrija s obzirom da i dugoročno preživljenje značajno ovisi o pravovremenom otkriću recidiva te bolesti

nakon operacije raka dojke dolazi do razvoja karcinoma endometrija?

PROF. ZOLA: Generalno gledajući, te bolesnice imaju povećani rizik za razvoj karcinoma endometrija. Dugotrajno korištenje antiestrogenskih lijekova kao što je tamoxifen zahtijeva ozbiljno praćenje u smislu pojave bolova ili mrljastog krvarenja. Još uvijek se raspravlja o potrebi sistematiziranog provođenja transvaginalnih ultrazvučnih pregleda u bolesnica liječenih antiestrogenima. Mislim da je dovoljno pratiti eventualni razvoj kliničkih simptoma i opće stanje bolesnice.

Ultrazvučno izmjerena debljina endometrija u toj skupini bolesnica može normalno biti do pet mm, ali čini se da i morfološki izgled endometrija može biti izmijenjen a da nije riječ o karcinomu. Ukoliko je

u asimptomatskih bolesnica izmjerena debljina endometrija veća od pet mm, odlučio bih se za praćenje i ponavljanje ultrazvučnog pregleda. Ukoliko 4-6 mjeseci ne dođe do promjene nalaza ili se endometrij nastavi zadebljavati, svakako bi trebalo učiniti histeroskopiju.

MEDIX: Na kongresu ste održali predavanje o liječenju karcinoma endometrija. Koje su novosti na tom polju?

PROF. ZOLA: Još uvijek je otvoreno pitanje odabira bolesnica za limfadenektomiju. U našem se centru limfadenektomija provodi u visokorizičnih bolesnica u kojih na *ex tempore* patohistološkom nalazu postoji invazija više od polovice miometrija. U odluci ne uzimamo u obzir stupanj diferencijacije tumorskih stanica jer je velika diskrepancija između konačnog nalaza. Nastojimo disecirati zdjelične limfne čvorove i limfne čvorove uz zajedničku ilijačnu arteriju, sve do ispod mezenterijalne arterije. Iako neki autori navode kako je potrebno disecirati sve limfne čvorove do ispod renalne vene, većina naših bolesnica je pretila, s nizom pratećih komorbidity, te moramo uzeti u obzir moguće komplikacije takvoga ekstenzivnog zahvata. Zasad još nema rezultata koji bi ukazali na potrebu sistematiziranog izvođenja radikalne histerektomije u tih bolesnica.

MEDIX: U predavanju ste se posebno osvrnuli na praćenje operiranih bolesnica. Na što treba obratiti pozornost?

PROF. ZOLA: Karcinom endometrija je najčešći ginekološki malignom nakon raka dojke, a recidivi se pojavljuju u čak 13% bolesnica, u korelaciji s prognostičkim čimbenicima

primarnog tumora. Većina se recidiva pojavljuje unutar tri godine od dijagnoze primarnog tumora, a povrat bolesti može biti u zdjelici ili u abdomenu i prsištu. Iako se povrat bolesti uglavnom očituje odgovarajućim simptomima, recidivi na vaginalnoj zaraslici mogu dugo biti asimptomatski. Duljina preživljenja

značajno ovisi o ranom otkrivanju recidiva; rezultati velikoga multicentričnog retrospektivnog istraživanja nedavno provedenog u osam centara u Italiji pokazuju da je preživljenje trostruko dulje ako je recidiv otkriven u asimptomatskoj fazi. Uzevši to u obzir, kao i kontroverzne rezultate o učinkovitosti skupih *imaging* tehnika

u organiziranom praćenju bolesnica, potrebno je što prije provesti dodatne međunarodne prospektivne *cost-effectiveness* studije, kako bi se što prije ustanovilo koju od dodatnih metoda, uz detaljan klinički pregled, i u kojem razdoblju provesti da što ranije i pouzdanije otkrijemo recidiv karcinoma endometrija.