

# Διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας σε γυναίκες με καρκίνο του γεννητικού συστήματος

Σ. ΧΑΝΤΖΗΣΑΛΑΤΑΣ

Ειδ/νος Γυναικολόγος-Μαιευτήρας  
Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών

Οι περισσότεροι γυναικολογικοί καρκίνοι, εκτός από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εμφανίζονται στην εμμηνόπαυση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση με χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμό των μεθόδων αυτών συνεπάγεται συνήθως μόνιμη στειρώση. Τα τελευταία χρόνια, αφ' ενός η έγκαιρη διάγνωση διηθητικών όγκων σε νεαρές γυναίκες, αφ' ετέρου η παράταση της τεκνοποίησης σε μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και η πρόδος στις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έχουν δημιουργήσει ανάγκη για εφαρμογή πιο συντηρητικών επεμβάσεων. Παρά την απουσία προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών σύγκρισης των ριζικών με τις συντηρητικές επεμβάσεις, οι αναφορές στη βιβλιογραφία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους αυξάνουν καθημερινά. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή τους είναι η ενημέρωση των γυναικών, η αναγνώριση και αποδοχή των πιθανών κινδύνων και η συναίνεσή τους.

## Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας

**ΣΤΑΔΙΟ Ia1 (νόσος <3mm, χωρίς διήθηση των λεμφαγγείων, πλακώδες καρκίνωμα ή αδenoκαρκίνωμα)**

Η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι μικρή <1%. Αποδεκτή οριστική θεραπεία μπορεί να είναι η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου και η απόξεση του ενδοτραχήλου, υπό την προϋπόθεση να μη διαπιστωθεί νόσος στα έσω όρια του κώνου, καθώς και στα ξέσματα.

## ΣΤΑΔΙΑ Ia2-Ib1

Η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων είναι >5%. Η κλασική θεραπεία είναι η ριζική υστερεκτομή και λεμφαδενεκτομή. Ο Dargent τη

δεκαετία του 1990 περιέγραψε την τεχνική της κολπικής ριζικής τραχηλεκτομής που περιλαμβάνει ακόμη λαπαροσκοπική λεμφαδενεκτομή και περίδεση του τραχήλου. Υπολογίζεται ότι 50% περίπου των νέων, άτοκων ασθενών πληρούν της προϋποθέσεις συντηρητικής θεραπείας.

Προϋποθέσεις εφαρμογής της, σύμφωνα με τους περισσότερους συγγραφείς, είναι:

- 1) μέγεθος όγκου <2cm
- 2) απόσταση «ασφαλείας» του άνω ορίου του όγκου από τον ισθμό >0,8cm (εκτιμάται με τη βοήθεια μαγνητικής τομογραφίας προεγχειρητικά και επιβεβαιώνεται με ταχεία βιοψία) και
- 3) απουσία μεταστάσεων στους λεμφαδένες.

Σχετική αντένδειξη θεωρείται από πολλούς η παρουσία εμβόλων στα αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία. Με την τεχνική αυτή έχουν αντιμετωπισθεί μέχρι σήμερα τουλάχιστον 540 ασθενείς, έχουν γεννηθεί 132 τελειόμηνα νεογνά, ενώ το ποσοστό υποτροπών (3,6%) και θανάτων (1,9%) δεν είναι μεγαλύτερο από τη ριζική θεραπεία.

Κοιλιακή ριζική τραχηλεκτομή και λεμφαδενεκτομή είναι επίσης εφικτή. Η διεθνής εμπειρία είναι πιο περιορισμένη. Σε 50 δημοσιευμένες περιπτώσεις αναφέρονται 4 μόνο νεογνά και 2 περιπτώσεις υποτροπών.

## Η μετάθεση των ωοθηκών

Εκτός πυέλου έχει περιγραφεί ως

μέθοδος διάσωσης της ωθηκικής λειτουργίας σε περιπτώσεις ακτινοβολίας όγκων της πυέλου, συμπεριλαμβανομένων και μεγάλων όγκων του τραχήλου.

Έκπτωση της ωθηκικής λειτουργίας έχει παρατηρηθεί στο 50% των περιπτώσεων περίπου, αναλόγως της ηλικίας της ασθενούς και του είδους της ακτινοθεραπείας. Έχουν αναφερθεί 18 εγκυμοσύνες σε 12 ασθενείς με τη μέθοδο αυτή.

### Καρκίνος του ενδομητρίου

Το 7,8% των ασθενών με αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου είναι νεότερο των 45 ετών. Η θεραπεία εκλογής είναι η ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκτομή και εκλεκτική λεμφαδενεκτομή. Σε αυστηρά επιλεγμένες περιπτώσεις νέων και άτοκων γυναικών με:

- 1) καλά διαφοροποιημένους όγκους
- 2) που αναπτύσσονται στο σώμα της μήτρας και δε διηθούν το μυομήτριο (στάδιο Ia) έχει δοκιμασθεί συντηρητική θεραπεία με υψηλές δόσεις μεγεστρόλης (40-160mg) ή οξεϊκής μεδρόξυ-προγεστερόνης (200-800mg).

Σε 123 δημοσιευμένες περιπτώσεις το ποσοστό υποστροφής (78%) αλλά και υποτροπής της νόσου (25%) είναι υψηλό, ενώ δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι από νόσο. Ακόμη, οι γυναίκες αυτές γέννησαν 50 υγιή νεογνά. Πολλά ερωτηματικά υπάρχουν για την καλύτερη μέθοδο διάγνωσης (ΔΑ, ή/και υστεροσκόπηση, ή/και μαγνητική τομογραφία) και παρακολούθησης των ασθενών, το είδος και τη διάρκεια της πρώτης αγωγής, αλλά και της θεραπείας συντήρησης. Προσοχή απαιτείται για να μη διαφύγει η συχνή συνύπαρξη (30%) κακοήθων όγκων των ωθηκών σε νέες γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου, ιδιαίτερα αν υπάρχει κληρονομική επιβάρυνση.

### Επιθηλιακός καρκίνος ωθηκών

Μόνο 3-17% των επιθηλιακών όγκων των ωθηκών εμφανίζονται σε γυναίκες μικρότερες των 40 ετών. Η επιθετική χειρουργική εξαίρεση της νόσου

είναι σημαντικός παράγοντας επιβίωσης και προϋποθέτει ολική υστερεκτομή με τα εξαρτήματα, επιπλοεκτομή, εκλεκτική λεμφαδενεκτομή και κυτταρομείωση. Συντηρητική θεραπεία, δηλαδή ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκτομή, μπορεί να εφαρμοσθεί μόνο σε ορθά σταδιοποιημένες, ιστολογικά τεκμηριωμένες, περιπτώσεις-σταδίου I.

**Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που προκαλείται από ποικίλους παράγοντες. Για να γίνει η πρόληψή του τόσο ο ιατρός, όσο και η ίδια η γυναίκα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν όλους τους παράγοντες, βεβαίως με κατάλληλη και οργανωμένη ενημέρωση. Οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο θα πρέπει να επιδιώκουν την ψυχολογική υποστήριξη χωρίς ενδοιασμό**

Συμπληρωματικά, επιβάλλεται χορήγηση χημειοθεραπείας με συνδυασμό πλατίνης και ταξόλης, εκτός από τις περιπτώσεις σταδίου Ia grade 1.

Με τη μέθοδο αυτή έχουν αντιμετωπισθεί συνολικά 282 περιπτώσεις, εκ των οποίων 33 υποτροπίασαν και 16 (4%) πέθαναν. Αναφέρονται επίσης 113 εγκυμοσύνες και 87 τελειόμηνα νεογνά.

### Μη επιθηλιακοί όγκοι των ωθηκών

Οι κακοήθεις όγκοι από τα γεννητικά κύτταρα είναι σπάνιοι, αλλά είναι οι συχνότεροι κακοήθεις όγκοι των ωθηκών στις εφήβους και νέες άτοκες γυναίκες. Τα δυσγονιώματα και οι όγκοι του λεκιθικού ασκού και τα άωρα τερατώματα είναι οι συχνότεροι όγκοι στην κατηγορία και ανευρίσκονται συνήθως εντοπισμένοι στη μία ωθήκη.

Η συντηρητική χειρουργική θεραπεία που περιλαμβάνει ετερόπλευρη σαλπινγγοθηκτομή, επιπλοεκτομή και δειγματοληπτική λεμφαδενεκτομή είναι η θεραπευτική μέθοδος εκλογής. Βιοψία της μακροσκοπικά υγιούς ωθήκης αποφεύγεται. Η εξαίρεση της μήτρας και της άλλης ωθήκης δε βελτιώνει την επιβίωση, όπως φαίνεται σε συγκριτικές μελέτες. Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, συνήθως με το πιο αποτελεσματικό σχήμα συνδυασμού πλατίνης, ετοποσιδίνης και μπλεομυκίνης επιβάλλεται σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός από τα αμιγή δυσγονιώματα σταδίου Ia.

Σε 515 δημοσιευμένες περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, έχουν αναφερθεί 185 εγκυμοσύνες και 118 τοκετοί. Το ποσοστό υποτροπών 5,4% και θανάτου από νόσο 1,5% είναι ανάλογο της ριζικής θεραπείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των συγγενών ανωμαλιών στα έμβρυα που γεννήθηκαν από μητέρες που υποβλήθηκαν προηγουμένως σε χημειοθεραπεία δεν είναι μεγαλύτερο από το αναμενόμενο στο γενικό πληθυσμό.

### Συμπεράσματα

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που προκαλείται από ποικίλους παράγοντες. Για να γίνει η πρόληψή του τόσο ο ιατρός, όσο και η ίδια η γυναίκα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν όλους τους παράγοντες, βεβαίως με κατάλληλη και οργανωμένη ενημέρωση. Οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο θα πρέπει να επιδιώκουν την ψυχολογική υποστήριξη χωρίς ενδοιασμό, διότι είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, ο οποίος μπορεί να διευκολύνει τη θεραπευτική προσπάθεια και να βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

### Βιβλιογραφία

1. Maltaris T, et al. Reproduction beyond cancer : A message of hope for young women. *Gynecol Oncol* 2006; 103;1109-1121.
2. Schlaerth AC, Abu Rustum N. Role of minimally invasive surgery in gynecologic cancers. *The Oncologist* 2006; 11:895-901.
3. Leitao M, Chi D. Fertility sparing options for patients with gynaecologic malignancies. *The Oncologist* 2005; 10:613-622