

Datum	5.5.2011	Autor	Marija Banković
Novina	NIN	Rubrika	Dodatak
Tema	Zdravstvo	Strana	19
Naslov	Dobar hirurg čuva dojku		

Добар хирург чува дојку

МАРИЈА БАНКОВИЋ

Дојка, парна млечна жлезда, синоним је женствености и материнства. По млечној жлезди, сиси, цео зоолошки разред добио је име сисари. Овом својеврсном дефиницијом о секундарној полној одлици, проф. др Радан Џодић, хирург са Онколошког института у Београду, започиње своју књигу „Хирургија рака дојке“. Нажалост, поред тога што је од давнина предмет жеља и што храни живот на његовом почетку, каже проф. др Џодић, дојка може бити и седиште бројних патолошких процеса, од којих је карцином који у њој настаје најчешћи злоћудни тумор у жена. Највећи број жена оболу у петој или шестој деценији живота, ређе у млађим годинама. Мушкарци могу оболети, али сто пута ређе.

Годишње, на светском нивоу, региструје се милион и двеста педесет хиљада новооболелих. Иста статистика бележи да је највећа учесталост оболевања на западној хемисфери; у САД оболу стотину жена на 100.000, у Европи до седамдесет. Србија сваке године региструје четири хиљаде случајева рака дојке. Од седамдесетих година прошлог века смртност од рака дојке порасла је четири пута.

„У нашој земљи, осим што расте број оболелих од рака дојке, расте и смртност од ове болести, за разлику од земаља које су увеле скрининг рака дојке. Тамо је смртност у опадању“, овом неславном чињеницом започиње причу о хируршком лечењу рака дојке проф. др Џодић.

„Рана дијагностика значи и рано лечење. У земаљама са организованим превентивним прегледима 60 посто


И. МАРКОВИЋ
БРОЈ ОБОЛЕЛИХ РАСТЕ: ДР РАДАН ЏОДИЋ

откривених карцинома је у раном стадијуму, 30 посто открива се у стадијуму 'in situ', тј. у најранијем стадијуму. У таквој ситуацији 80 посто жена нема метастазе у лимфним чворовима у пазушној јами. Преостало је у различитим степенима узнатредовалости.“

У Србији, нажалост, другачија је слика.

„До 10 посто карцинома открива се у почетној фази, 35 посто случајева захтева само поштедну операцију,

У 35 одсто случајева карцином дојке захтева само поштедну операцију, то јест открива се у стадијуму када се још није проширио и кад је право време за операцију

то јест открива се у стадијуму када се још није проширио и није неопходно одстранити читаву дојку, док је у око 60 посто случајева неопходно одстрањивање дојке. Десет посто њих дође у четвртог, одмаклом стадијуму болести“, каже др Џодић.

Највећи број жена саме уоче промене на својим дојкама јер добро познају своје тело. Др Џодић наглашава да жене које дође на преглед са тврђом да је „нешто напипала“ увек треба веровати, никада то не схватати олако.

„Жене код нас саме дијагностикују рак дојке, зато што само мали број њих има срећу да буду регуларно контролисане, да дођу код лекара који зна да обави ваљан преглед дојки. Жену са потенцијалним раком дојке треба да прегледа само лекар који је за то добро обучен. Специјалност тада није битна. Најбоље је, ако је могуће, да дође код искусног и обученог хирурга који уме да препозна минимални рак дојке, без метастазе. После физичког прегледа ради се најчешће ултразвук, а затим мамографија и најзад магнетна резонанца. Уз све то, ако према тим налазима постоји сумња на рак дојке, ради се биопсија. Најједноставнија је биопсија танком иглом. Постоји и биопсија апаратима за узимање ткивних узорака.“

Скрининг подразумева организовано превентивно праћење свих жена. Код нас је скрининг још у фази увођења. Требало би да се уведе у наредне две године. Обавља се тако да законски предвиђа позивање жена од 45 до 69 година старости на превентивни преглед на сваке две године. На годину и по дана позивају се оне које имају генетски фактор ризика, а сваке године оне



Datum	5.5.2011	Autor	Marija Banković
Novina	NIN	Rubrika	Dodatak
Tema	Zdravstvo	Strana	19
Naslov	Dobar hirurg čuva dojku		

veћ лечене од рака дојке. Прегледи ће се вршити у установама које испуњавају услове и добију лиценцу.

„Увођење скрининга“, говори нам проф. др Џодић, „такође подразумева едукацију оних здравствених радника који се баве дијагностиковањем рака дојке. Обучавање радиолога да препознају мамографску слику почетног рака дојке, затим хирурга да током саме операције препознају почетни карцином и уклоне га тако да не остане у дојци, а да дојка буде очувана. У току је формирање сто тридесет скрининг јединица, у читавој Србији, у којима ће жене бити прегледане.“

Фактори ризика за настанак рака дојке су као код већине болести бројни и често испреплетани, те није лако разлучити улогу сваког понаособ. Др Џодић наводи факторе који су се временом кроз праћење болесница показали као најчешће присутни - генетске, хормонске, дијететске или економске и географске. Генетски фактор значи да жене у чијим породицама постоји историјат оболевања од рака дојке имају већу шансу да и саме оболе. Гени одговорни за настанак карцинома дојке су из групе супресорских гена, BRCA1 и BRCA2 (Breast Cancer genes). Заправо, њихова мутација доводи до стварања канцерозних ћелија дојке, али и јајника. Немутирани гени BRCA одговорни су за стварање протеина који ограничава бујање ткива. Такође, уочено је да жене које су имале рану прву менструацију, пре 13. године или касну менопаузу, после 56. године, а да при том нису имале трудноћу или су касно рађале, после тридесете године, као и оне које нису дојиле, имају већу шансу да оболе од рака дојке. Једна од хипотеза је и да дужа изложеност жлезданог ткива дојке иначе природном хормонском смењивању током живота у комбинацији са генетским фактором повећава шансе за настанак канцера дојке. Дугогодишња расправа око улоге оралних контрацептива у настанку карцинома дојке до данас остаје

нерешена. Бројне студије које су рађене, нису показале повећан ризик; у жена после 45. године показао се умерено повишен ризик током примене оралних контрацептива и неколико година по престанку, али се ово може објаснити и бољим праћењем исте популације кроз студију. Рак дојке је код њих дијагностикован у раном стадијуму. Жене које у менопаузи узимају естрогенску супституцију имају 30 до 40 процената већи ризик да оболе, публиковао је др Колдиз 1995. године. Али то важи само током узимања супституције а престаје по престанку узимања. Даме које се питају о повезаности естетских операција груди са развојем рака, могу да одахну. Стручњаци кажу да опасност не постоји. Фактори околине у које спадају исхрана, алкохол и пушење, изложеност зрачењу, такође имају утицаја. Гојазност, као последица конзумирања великих количина висококалоричне хране, масти и протеина животињског порекла наводи се као озбиљан фактор ризика за настајање рака дојке у постменопаузи. Насупрот овоме, повећан унос воћа и поврћа, посебно свежег, показују опет студије, умањује ризик. Свакодневна употреба алкохола показало се повећава ризик, док пушење, насупрот томе изазива брже старење организма и скорију менопаузу, па није ризик. Изложеност зрачењу, као што су бројна рендгенска снимања или озрачивање у циљу лечења неких малигних болести такође повећава шансе за настанак рака дојке. Стрес се наводи као ризик, јер утиче на хормонске процесе.

„Међутим“, каже проф др Џодић,

После физичког прегледа ради се ултразвук, а затим мамографија и најзад магнетна резонанца

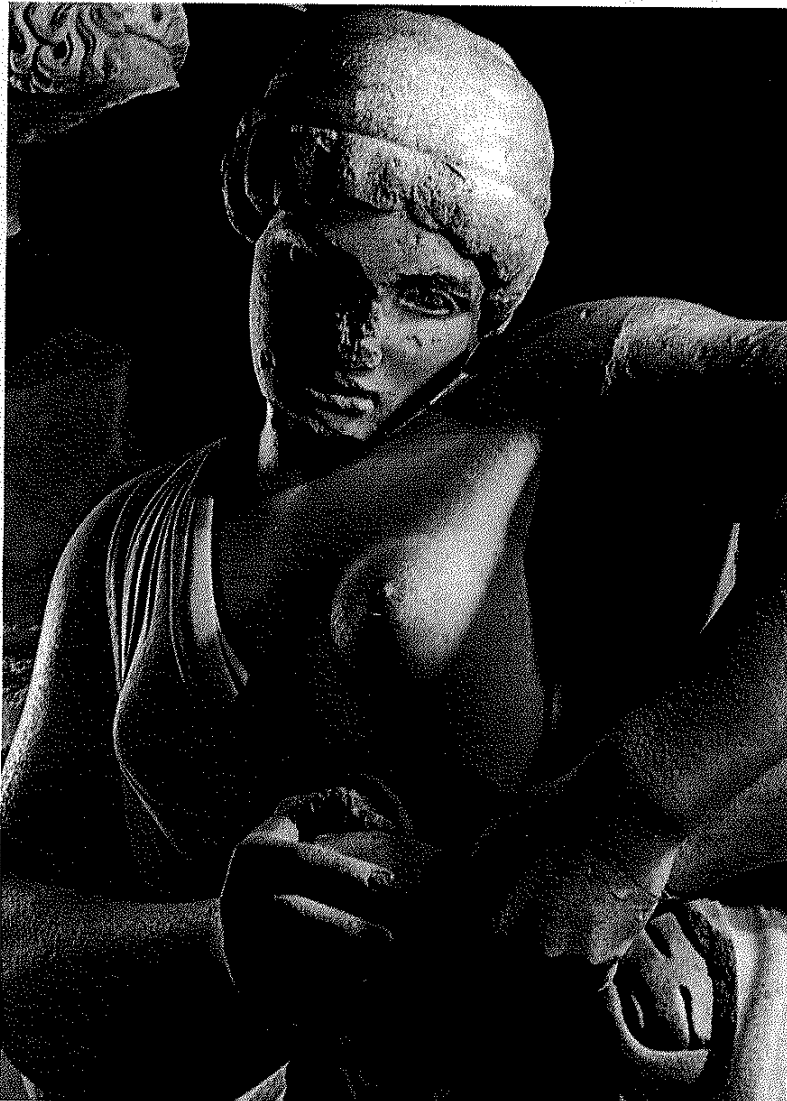
„када се погледају подаци прикупљени од болесница широм света, налази се да седамдесет посто оболелих жена нема ни један од наведених фактора ризика. Тако порекло рака дојке није довољно разјашњено.“

Према класификацији Светске здравствене организације, постоје две основне групе промена на дојци, тумори и туморолике промене. Академски гледано постоји више врста малигних тумора дојке, а најраспрострањенији малигни тумор дојке је карцином.

Поделе карцинома се заснивају на врсти ткива које је захваћено, тј. хистолошкој слици и степену раширености, као и на томе да ли хормони утичу на раст тумора. Дојка се састоји од режњева млечних жлезда, прожетих системом изводних канала који се изливају на брадавици, па тако и карциноми могу потицати из режњевитог жлезданог ткива, из млечних канала (дуктуса), и брадавице. Први корак у хистопатолошкој дијагностици карцинома дојке је процена степена његове инвазивности, тј. да ли је у зачетку тзв. „in situ“, или је почео да продире у околно ткиво, тј. „инвазивни“.

„Проучавања брзине развоја туморског ткива показала су да је потребно у просеку десет година - између једне и по, до двадесет година - од настанка првих малигних ћелија до клинички испољеног тумора“, каже проф. др Радан Џодић, „када је величина између пола и једног и по центиметра у промену. Прве малигно измењене ћелије остају унутар канала и режњића млечних жлезда дојке. То је стадијум „in situ“, када не постоји комуникација са локалним крвотоком и лимфним системом, стручним језиком - базална мембрана није пробијена. Обично се налази у изводним каналићима, дуктусима и на мамографији се види као зона груписаних микрокалцификација и у режњићу. Одстранују се до задирања у здраво ткиво. Уклањањем тумора у овој фази постиже се потпуно излечење.“

Datum	5.5.2011	Autor	Marija Banković
Novina	NIN	Rubrika	Dodatak
Tema	Zdravstvo	Strana	19
Naslov	Dobar hirurg čuva dojku		



Степен инвазивности карцинома дојке је од велике важности, како за врсту терапије, тако и за прогнозу даљег тока болести. Неинвазивни, микроннвазивни, инвазија строге до једног милиметра и инвазивни карциноми пречника до десет милиметара чине групу која је означена као рани карцином. У тим случајевима може се применити поштедна операција и следствена радиотерапија остатка дојке. (Др Даница Јовановић, „Хирургија рака дојке“)

„Одлике доброћудних и злоћудних израслина у дојци се разликују“, каже др Џодић. „Доброћудни је јасно ограничен, помичан, безболан. Злоћудни су обично утопљени у околно жлездано ткиво, у средишту постоји тврд, неправилан деформитет. Када се нађе асиметрија у дојкама, ради се ултрасонографија. Дobar дијагностичар може да препозна и канцер од пет милиметара. Мамографијом, савременим дигиталним апаратима, види се свака асиметрија. Најзад, магнетна резонан-

ца мери величину инвазивног тумора, али и проток крви. Код злоћудног тумора уочава се да зона промене има већу прокрвљеност од околине.“

Како наводи проф. др Џодић, постоје два основна мишљења о природи рака дојке. Једно, према коме је карцином дојке системска болест, где хирургија има мали утицај на крајњи исход тока болести и друго, да се може радити о локализованој болести. Када се открије у том стадијуму, правовремена операција значајно умањује или чак спречава смртни исход.

Терапија рака дојке обично је комбинација хируршког уклањања тумора, зрачења и хемиотерапије. Хируршко лечење подразумева радикалну или поштедну операцију, зависно од степена проширености тумора.

„Све до шездесетих година прошлог века, стандардно је рађена опсежна операција уклањања тумора заједно са млечном жлездом и лимфним чворовима, који дренирају лимфу из дојке. Синоним за радикалну операцију рака дојке била је мастектомија према Халстеду, где се поред млечне жлезде уклањао велики и мали грудни мишић, уз комплетно уклањање лимфних жлезда из пазушне јаме. Последњих деценија рана дијагностика рака дојке уз примену радио и хемиотерапије омогућила је примену поштедне хирургије рака дојке. То подразумева уклањање примарног тумора до у здраво, уз очување волумена и симетричног изгледа дојке, и најчешће, уклањање лимфних жлезда из пазушне јаме, уз постоперативну радиотерапију.“

У случају да је неопходно одстранити читаву дојку, данас је могућа естетска реконструкција оперисане дојке уградњом импланта.

„Хирурги, приликом избора и одлуке за извођење поштедне операције“, наглашава проф др Џодић, „мора најпре да задовољи онколошки принцип, то јест обави одстрањивање тумора до у здраво.“