

Rinnanäärmevähi varajase diagnoosimise võimalustest.

Sulev Ulp
TÜK Onkoloogiahaigla

Rinnavähk on Eestis jätkuvalt naiste pahaloomulistest kasvajatest esikohal (18% kõigist naiste pahaloomulistest kasvajatest) ja Eesti Vähiregistri andmetel näitab esinemissagedus kasvutendentsi – kui 1980-ndate keskpaigas diagnoositi igal aastal Eestis alla 400 uue rinnavähi juhu (näit. 1985. a. 385 juhtu) siis 1990-ndate keskpaigas diagnoositi igal aastal juba üle 500 uue rinnavähi juhu (näit. 1994. a. 508 juhtu) – seega kasvas rinnavähi esinemissagedus Eestis kümne aastaga ligi 30%! Ka viimastel aastatel diagnoositakse igal aastal Eestis üle 500 uue rinnavähi juhu. Aastatel 1985–1994 suri Eestis rinnavähki igal aastal 173 (1988. a.) kuni 241 (1991. a.) naist.

Vaid 7,3%-l juhtudest diagnoositi rinnavähki naistel vanusegrupis alla 40 aastat (21–39 a.). 20,3%-l juhtudest olid naised vanusegrupis 40–49 a., 25,6%-l juhtudest 50–59 a., 24%-l juhtudest 60–69 a., 16,3%-l juhtudest 70–79 a. ja 6,5%-l juhtudest 80–97 a. – seega 72,4%-l juhtudest diagnoositi rinnavähki naiste vanusegrupis 50 +.

Väga oluline prognostiline näitaja rinnavähi elulemuse suhtes on haiguse staadium diagnoosimise momendil: 1985.–1994. a. diagnoositud rinnavähkidest oli vaid 16%-l juhtudest haigus varajases staadiumis (0 (Ca! in situ) ja I st.), 41,2% oli II st-s, 29,6% III ja 11,8% IV st-s – seega oli 41,2% juhtudest rinnavähk juba diagnoosimise momendil kauglearenenud! Selle põhjuseks on asjaolu, et varases staadiumis rinnavähk tavaliselt kaebusi ei põhjusta ja on kliiniliselt (palpatsioonil) raskesti avastatav ning vaadeldud perioodil puudus Eestis efektiivsete sõeluuringute võimalus.

Standariseeritud rinnavähi 5 aasta elulemus Eestis on 58% (EUROCARE 1991) – võrdluseks – Poolas 44% aga Soomes 72%.

Konkreetne rinnavähi tekkepõhjus on seni teadmata, küll on välja selgitatud rida riskifaktoreid, mis suurendavad ohtu haigestuda rinnavähki. Esmasteks riskifaktoriteks on sugu ja vanus. Haigestumus erineb regiooniti – naistel, kes sünnivad Põhja-Ameerikas või Euroopas on suurem risk haigestuda rinnavähki kui naistel, kes sünnivad Indias või Aafrikas (NB! migratsioon!). Risk haigestuda rinnavähki kahekordistub, kui kellelgi esimese astme sugulastest (ema, õde, tütar) on diagnoositud rinnavähk enne 50. eluaastat ja kolmekordistub, kui selliseid sugulasi on rohkem kui üks – geneetiline faktor! Riski suurendavad varasem healoomuliste muutuste olemasolu rindades (proliferatiivsed protsessid!); hormonaalsed mõjutused (östrogeenid!) – kas loomulik liigtoime (varane menarhe või hiline menopaus), aga ka kontratseptiivide pikaajaline kasutamine ja hormoonasendusravi; mittesünnitamine ja hiline esmassünnitus. Riski võivad suurendada liigne kehakaal (kui kuni 60-a. naisel suureneb kehakaal 10 kg võrra, suureneb risk haigestuda rinnavähki kuni 80%), keskkonna saastatus (näit. hormoone simuleerivad kemikaalid – ksenoöstrogeenid) ja ioniseeriv kiirgus suuremates doosides (eriti noortel naistel).

Kõige efektiivsemad meetodid rinnavähi varajaseks avastamiseks on sõeluuringud. Sõeluuringute eesmärgiks on vähendada suremust rinnavähki, avastades varaseid maliigseid muutusi enne kliinilise sümptomatoloogia avaldumist (uuritakse rinnakaebusteta naisi valitud vanusegrupis).

Kõige lihtsamaks sõeluuringumeetodiks on rinna eneseuuring, kus naised ise regulaarselt palpeerivad oma rindasid (soovitavalt peegli ees) ja muutuste ilmnemisel

pöörduvad koheselt arsti poole. Seda meetodit soovitatakse kasutada eriti majanduslikult vähearenenud riikides, kes ei saa lubada endale kallimaid sõeluuringuid, samas on see meetod vähetundlik varaste muutuste suhtes, mis ei ole palpatsioonil leitavad.

Keerulisemaks sõeluuringumeetodiks on geneetiline uuring, kus püütakse avastada mutatsioone tuumori supressorgeenides (p53, Rb-1, BRCA-1, BRCA-2), mis on seotud rinnavähi tekkega. Neist kõige efektiivsemaks meetodiks on geenikaardi koostamine, kus on võimalik täpselt määratleda mutatsiooni asukoht ja iseloom. Kuigi see meetod on nüüd automatiseeritud (kiire), on tegemist väga kalli protseduuriga – võib tulla arvesse arenenud riikides riskigruppide uurimisel.

Kuldstandardiks rinnavähi sõeluuringutes on täna mammograafiline sõeluuring, kus on võimalik avastada rindades varajasi maliigseid muutusi (eriti mikrolubistumisi) enne, kui need muutuvad kliiniliselt diagnoositavaks. Seniste standardiseeritud uuringutega on parimaid tulemusi saavutatud naiste vanusegrupis 50–69 aastat (suremuse vähenemine 30–50 %), kuid rinnavähk näitab lisaks esinemissageduse tõusule ka noorenemistendentsi ja viimasel ajal räägitakse üha rohkem vajadusest alustada sõeluuringuid juba 40. eluaastast. Lisaks positiivsetele aspektidele (elulemuse parandamine, odavam ravi, rindasäästvate operatsioonide võimalus, patsientide kiirem tagasipöördumine igapäevaellu), tuleb arvestada veel kaht asjaolu: Osal juhtudest ei paranda rinnavähi varasem avastamine võrreldes hilisema avastamisega (kliiniliste sümptomite tekkimisel) elulemust – seega pikeneb sõeluuringu tulemusel vaid aeg, kus naine teab, et tal on rinnavähk, tegelik surmaaeg aga ei muutu. Osal juhtudest, kus tegemist on aeglaselt kasvava invasiivse või mitteinvasiivse (in situ) vähiga, ei pruugi sõeluuringul avastatud rinnavähk naise eluajal üldse kliiniliselt avalduda – seega diagnoositakse ja ravitakse kliiniliselt avaldumatut haigust.

Premenopausis naistel tuleb mammogrammide tegemisel jälgida tsükli – mammogramme tehakse vaid tsükli esimeses pooles (I ja II nädalal peale menstruatsiooni lõppu). Mammograafia on üldiselt vastunäidustatud alla 25 a. naistel. Samas rasedus ei ole absoluutseks vastunäidustuseks.

Rinnavähi diagnoosi püstitamisel kasutatakse tänapäeval lisaks mammograafiale (koos stereotaktilise biopsiaga) mitmeid abistavaid uurimismeetodeid – neist tähtsaim on UH uuring (noored naised, tihedad ja väiksed rinnad, tundlikud rinnad, kõrgsagedusandurid (12–15 mHz), värviDoppler- ja powerDoppleruuringud (kontrastainetega), biopsia) – põhipuudus – ei erista mikrolubistumisi. Järjest tähtsamaks täiendavaks uurimismetodiks muutub magnetresonantsuuring (spetsiaalsed poolid, uuringud kontrastainega – mitmekoldelisus, tihedad rinnad, rindasäästvate operatsioonide ja kiiritusravi järgsed seisundid) – puudused – kallis hind, vähene kättesaadavus, väga tundlik, kuid vähespetsiifiline meetod.

Tulevikumeetodid – digitaalne mammograafia, kompuuteranalüüs, ...

Senised uuringud toetavad seisukohta, et rinnavähk on progresseeruv haigus (ei ole algmomensil süsteemne haigus) – mida väiksem on tu!, seda diferentseerunum ta on (NB! varane avastamine!) ja tu!-i suurenendes muutub ta dediferentseerunumaks (mts!-d). Prognoosi saab hinnata diferentseerumise astme, mitootilise aktiivsuse ja regionaalsete lümfisõlmede haaratuse järgi.