

РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВАГІТНІСТЬ: ПОРАДИ МАМОЛОГА

I.C. Ковальчук, С.I. Ковальчук

Київський міський клінічний ендокринологічний центр

Резюме

У статті наведено поради досвідчених мамологів щодо ведення пацієнток із раком молочної залози при вагітності. Детально розглянуто різноманітні порушення в молочних залозах під час лактації та поза нею. Наведено діагностично-лікувальні алгоритми поведінки в таких ситуаціях лікаря та вагітних.

Ключові слова

Рак молочної залози, вагітність, мамологія, діагностично-лікувальні алгоритми.

Більшість ущільнень, виділень із сосків, а також інші тривожні зміни молочних залоз, які виявляються під час вагітності, не є злоякісними. Ці порушення можуть бути пов'язаними з тими самими процесами, що відзначаються й у невагітних жінок, або з фізіологічними змінами під час вагітності чи лактації (грудного вигодовування). Проте рак молочної залози може виникнути й під час вагітності і насправді діагностується частіше у вагітних жінок, ніж у невагітних того самого віку. Рак молочної залози виникає у 0,03-0,01% усіх вагітних жінок. Особливо це стосується жінок, які виношують вагітність у віці понад 35 років.

Зміни молочних залоз під час вагітності та в період лактації (грудного вигодовування). Під час вагітності підвищується рівень гормонів естрогенів і прогестерону, що стимулює різні зміни молочної залози. Як правило, груди стають м'якими, а соски — чутливими через кілька тижнів після зачаття. Залози Монтгомері стають помітнішими, а сама ареола темніє. Однією з найпоширеніших гормональних змін під час вагітності є швидке збільшення розміру грудей, особливо протягом перших восьми тижнів вагітності: за період вагітності й лактації розмір грудей збільшується іноді

© I.C. Ковальчук, С.I. Ковальчук

на 1-2 розміри. Таке швидке зростання зумовлене анатомічними змінами в тканині молочних залоз, які включають у себе розширення кровоносних судин і утримання рідини в грудях. Окрім того, естрогени стимулюють ріст протоків молочних залоз, а різке підвищення рівня прогестерону зумовлює збільшення об'єму залозистої тканини.

Пізніше, в першому триместрі вагітності, рівні двох гормонів, що відповідають за вироблення молока, — пролактину й окситоцину — починають збільшуватися. Пролактин іноді називають «гормоном материнства» через заспокійливий ефект і пробудження «материнських інстинктів». Доки вагітність прогресує, рівень пролактину неухильно зростає, досягаючи свого піку під час пологів. У міру того, як організм виробляє все більше і більше пролактину, високі рівні естрогену та прогестерону блокують рецептори пролактину й пригнічують вироблення молока до тих пір, як народиться дитина.

Після пологів рівні естрогену й прогестерону знижуються, зменшується секреція пролактину. Груді, як правило, починають виробляти молоко від трьох до п'яти днів після того, як жінка народила. За ці кілька днів, перш ніж молоко почне вироблятися, молочні залози виділяють молозиво — рідку речовину, яка містить антитіла для захисту



немовляти від інфекцій. Деякі лікарі вважають, що молозиво також знижує шанси розвитку в немовляти астми та інших алергій. Протягом кількох днів потреба немовляти у високих рівнях материнських антитіл у молозиві зменшується. Приблизно в той самий час молочні залози починають виробляти молоко, яке містить нижчий рівень антитіл. Ці антитіла зменшують сприйнятливості немовляти до хвороб та інфекцій у ранньому періоді життя.

Інший гормон, відповідальний за виробництво молока, — окситоцин запускає доставку молока, яке пролактин простимулював. Коли немовлять смокче груди, молоко активно витягується із сосків смоктальними рухами й пасивно витікає шляхом скорочення дрібних м'язів, що оточують протоки в грудях. Цей процес зазвичай називають «let-down» рефлекс. Смоктання молока немовлям сигналізує організму про вироблення більшої кількості молока (з використанням пролактину й окситоцину). Безліч інших гормонів, які стимулюють ріст і розвиток дитини, також доставляються з грудним молоком, у тому числі інсулін, гормони щитоподібної залози і кортизол.

Жіночий організм продовжує виробляти молоко до припинення грудного вигодовування або механічного зціджування. Навіть тоді це може тривати кілька місяців, щоб повністю зупинити продукцію молока. Груді, як правило, повертаються до попередніх розмірів після того, як грудне вигодовування завершується.

Рекомендації щодо спостереження за молочними залозами під час вагітності. Жінка повинна продовжувати щомісячні самообстеження грудей під час вагітності на 7-10-й день від дня, коли її звична менструація мала б початися. Також важливим є те, щоб лікар чи акушер провів обстеження грудей у найкоротший термін після настання вагітності, доки груди ще не зазнали значних фізіологічних змін. Деякі зміни або вузлові вклучення важче оцінити, як тільки груди збільшилися й стали більш кулястими. Клінічні обстеження грудей повинні продовжуватися щомісяця під час вагітності.

Основною проблемою раку молочної залози під час вагітності є запізнена діагностика. Фізіологічні зміни, які відбуваються в грудях під час вагітності, можуть зробити діагностику раку більш складною, що, у свою чергу, призводить до діагностики на пізніших стадіях процесу, коли шанси на успішне лікування є нижчими.

Скринінгова мамографія в жінок, в яких немає симптомів раку молочної залози, не виконується під час вагітності або лактації й може бути виконана пізніше. Проте, якщо патологічні зміни молочної залози (наприклад, невідоме ущільнен-

ня) виявляються під час вагітності, діагностична мамографія та/або ультразвукове дослідження (УЗД) можуть бути виконаними. Діагностична мамографія включає в себе рентген грудей під спеціальними кутами і/або за допомогою спеціального збільшення. Мамографія використовує дуже малу дозу радіації та вважається безпечною для плода, якщо є медична необхідність для обстеження. Свинцевий фартух зазвичай поміщається на животі, щоб захистити плід.

Оцінка змін молочних залоз під час вагітності. Гормональні зміни під час вагітності та в період лактації можуть впливати на розвиток естроген-чутливих пухлин. Доброякісні пухлини можуть виникати під час вагітності, й зумовлені вони зазвичай підвищенням гормонального фону. Проте усі ущільнення та зміни в молочних залозах повинні бути оцінені лікарем, щоб відрізнити типові фізіологічні зміни від потенційно злоякісних процесів.

Доброякісні зміни, які є типовими під час вагітності, включають: кісту, галактоцеле, фіброаденоми (ті, які існували до настання вагітності, можуть суттєво збільшитися в розмірі).

Досить часто можливі невеликі виділення із сосків білуватого кольору. Під час вагітності та лактації тканина молочної залози швидко росте. Стрімке розростання тканини може призвести до розтягнення та подразнення грудних протоків, викликаючи виділення із сосків. Ці виділення (кров'яністі чи іншого типу), як правило, пов'язані з доброякісними процесами, такими як злущення епітелію протоків чи внутрішньопроковими папіломами. Проте пацієнти повинні консультуватися зі своїми лікарями, якщо вони відчувають виділення із сосків, щоб визначити, чи потребують ці виділення подальшого вивчення.

При будь-яких змінах під час вагітності потрібна негайна консультація лікаря, який проведе ретельне клінічне обстеження молочних залоз. Лікар може також скерувати на ультразвукове дослідження (УЗД) і/або мамографію. Ультразвук відмінно визначає наявність кіст і зазвичай використовується для отримання зображення плода, оскільки це не шкодить його розвитку. Мамографія з належним захистом також вважається безпечною для вагітної жінки та її плода. Мамографія використовує дуже низький рівень радіації й не повинна відкладатись на пізніші терміни, якщо це необхідно для діагностики.

Якщо підозріле ущільнення грудей або інші структурні зміни виявляються у вагітної жінки, у багатьох випадках необхідне проведення біопсії. Вона допомагає визначити, чи є виявлена пухлина доброякісною чи злоякісною.

Оцінка змін молочних залоз у період лактації (грудного вигодовування). Якщо підозріле ущільнення або будь-які інші зміни молочних залоз виявлені в жінки після пологів у період лактації, то діагностична мамографія чи інші променеві методи обстеження не повинні відкладатись на пізніші терміни. Мамографія вважається безпечною й може бути точним методом діагностики для жінок під час грудного вигодовування, якщо виконується з обережністю. Припускають, що груди повинні бути повністю спорожнені від молока безпосередньо перед мамографією. Це приводить до зменшення щільності, через яку рентгенівські промені повинні проникати всередину, і допомагає поліпшити якість зображення.

Важливо зважати на те, що променеві методи не є надійними й не можуть виявити ущільнення навіть тоді, коли воно визначається під час фізичного огляду. Приблизно від 10 до 15% випадків раку молочної маси не визначаються за допомогою мамографії або УЗД (сонографії) у нелактуючих жінок. Цей показник може досягати 25% і більше в тих, які годують груддю. З цієї причини зміни та ущільнення молочних залоз, що виявлені під час лактації, потребують виконання тонкогolkової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) для встановлення чіткого цитологічного діагнозу.

Тонкогolkова аспіраційна пункційна біопсія включає використання тонкої голки для забору рідини з кістозних утворень або клітин із вогнищевих утворень молочної залози. ТАПБ часто використовується для ідентифікації кістозних утворень. Інші методи біопсії, такі як трепан-біопсія або відкрита хірургічна біопсія, також можуть бути виконаними. Проте ці інвазивні методи слід застосовувати з обережністю й лише у випадках, коли простіші методи біопсії не можуть забезпечити точного встановлення діагнозу. Це зумовлено високим ризиком виникнення лактостазу та маститу при виконанні інвазивної біопсії. Проте застої молока та мастити не є надто частими ускладненнями й несуть менше загрози, ніж потенційне виявлення раку молочної залози. Якщо після виконання біопсії виникає лактостаз, то він може бути з легкістю усунутий лікарем шляхом пункції ділянки застою.

Більшість проблем під час лактації є ускладненнями запального або інфекційного характеру. Бактерії та віруси з ротоглотки, придаткових пазух носа та дихальних шляхів немовляти можуть бути загальним джерелом інфекції в лактуючих жінок.

Типові порушення в молочних залозах під час лактації: недостатня кількість молока, лактостаз, набухання грудей, інфекційний мастит, виділення із сосків неприродного характеру, зміни

соска, біль у грудях, болючість сосків, втягнутий або плоский сосок.

Діагностика раку молочної залози під час вагітності. Незважаючи на той факт, що діагностування раку молочної залози під час вагітності може завдати стресу для жінки, немає необхідності переривати вагітність, якщо жінка не наполягає на цьому. Шанси жінки на виживання при діагностуванні раку молочної залози є однаковими незалежно від того, припиняється вагітність чи ні, хоча більше варіантів лікування можуть бути доступними і після закінчення вагітності. Виникнення раку молочної залози під час вагітності не несе ніякої загрози для плода, проте деякі методи діагностики та лікування можуть призвести до виникнення вад розвитку чи викидня плода; ризик коливається залежно від періоду (триместру) вагітності.

Якщо у вагітної жінки діагностовано рак молочної залози, то командою спеціалістів насамперед необхідно встановити стадію та вид злоякісного процесу. Визначення стадії раку молочної залози включає в себе точне вимірювання розміру пухлини та ступеня поширення процесу в молочній залозі чи в прилеглий тканині. Крім інструментальних методів візуалізації, таких як ультразвукове дослідження (сонографія), аналізи крові, як правило, можуть бути виконані методи визначення поширення ушкодження в інші органи (кістки, печінка або легені). У деяких випадках лікарі можуть застосувати аналіз на визначення онкомаркерів раку молочної залози, таких як СЕА або СА 15-3, які можуть бути підвищеними в жінок із раком молочної залози. Проте онкомаркери крові можуть бути недостатньо точними та інформативними на ранній стадії раку молочної залози або у вагітних жінок. Тоді як рентгенографія виконується під час вагітності, щоб визначити поширеність злоякісного процесу в легені та інші ділянки, деякі дослідження, такі як КТ, не виконуються, як правило, у вагітних жінок через їх більш високе радіаційне навантаження.

Лікування раку молочної залози під час вагітності не слід відкладати, за винятком випадків, коли жінка перебуває в межах від 2 до 3 тижнів до прогнозованих пологів. Радіо-, хіміо- та медикаментозна терапія, як правило, не проводиться під час вагітності, оскільки ці методи потенційно можуть завдати шкоди плоду. Проте нещодавні дослідження показують, що жінки, які отримують хіміотерапію під час другого або третього триместрів вагітності (після перших трьох місяців), до сих пір мають хороші шанси народження здорових дітей. Як свідчать дослідження, вагітні жінки, які отримували хіміотерапію під час другого або третього



триместрів вагітності, мали живонароджених дітей і лише в деяких випадках відмічалися ускладнення від хіміотерапії, такі як передчасні пологи й низька вага при народженні дитини. Проте віддалені наслідки впливу хіміотерапевтичних препаратів під час вагітності менш добре вивчені й повинні бути детально обговорені з лікарями.

Хірургічне лікування зазвичай застосовується під час вагітності і при належному спостереженні під час проведення анестезії та в післяопераційний період, не несе загрози для плода. Як правило, рекомендується виконання мастектомії, якщо рак молочної залози діагностується протягом першого або другого триместрів вагітності (перші шість місяців). Мастектомія включає хірургічне видалення всієї молочної залози та часто деяких або всіх пахвинних лімфатичних вузлів. Мастектомія часто є запобіжником для променевої терапії. Хіміотерапія або медикаментозна терапія не завжди відкладається до пізніших термінів вагітності або після пологів, хоча ризики і переваги повинні бути ретельно зважені.

Якщо рак молочної залози діагностується протягом третього триместру вагітності (останні три місяці), то може бути запропонована як мастектомія, так і органозберігаюча операція (наприклад, лампектомія) з видаленням лімфатичних вузлів у разі потреби. Лампектомія включає в себе видалення тільки ракової пухлини й прилеглої нормальної тканини молочної залози. Радіо-, хіміо- або медикаментозна терапія зазвичай відкладається на післяпологовий період. Жінкам, які отримують хіміотерапію або іншу медикаментозну терапію, після пологів не слід годувати груддю, оскільки лікарські засоби можуть передаватися через грудне молоко. Реконструктивні операції не виконуються, як правило, одразу після пологів і в період годування груддю, до того моменту, коли молочні залози повернуться до свого нормального розміру й повного припинення лактації.

Вагітність після раку молочної залози. Деякі жінки, які успішно пройшли лікування раку молочної залози, хочуть повторно вагітніти. Час від часу рак молочної залози під час вагітності має однаковий прогноз порівняно з молодими невагітними жінками. Згідно з останніми дослідженнями, в жінок, які успішно проліковані від раку молочної залози в минулому, як правило, не виникає проблем із фертильністю, якщо хіміотерапія не застосовувалася як частина лікування. Жінки в пременопаузальному періоді, які отримують хіміотерапевтичне лікування, повинні бути проінформовані про те, що лікування може призвести до безпліддя або передчасної менопаузи, особливо

в старших жінок (після 40 років), які фізіологічно є менш фертильними. Гормональні та метаболічні зміни, що відбуваються під час вагітності, як правило, не є підвищеним ризиком рецидиву раку молочної залози, хоча дослідження в цій сфері тривають.

Одне дослідження під керівництвом доктора П. Велентгаса з Університету Сіетла визначило, що жінки, які вагітніли після виявлення в них I чи II стадії інвазивного раку молочної залози, мали ризик не більший, аніж проліковані жінки, які ніколи не вагітніли. Крім того, ні кількість вагітностей, ні час, що минув між лікуванням раку молочної залози й вагітністю, не мають суттєвого впливу на віддалені прогнози.

Жінкам, в яких діагностовано рак молочної залози на ранніх стадіях, доцільно вагітніти не раніше ніж через 2 роки після встановлення діагнозу та проведеного лікування. Однак деяким жінкам можна порадити вагітніти раніше, якщо вони старшого віку і/або є інші міркування. Такі деталі, як тип раку, ступінь метастазування (поширення), а також кількість отриманого променевого навантаження чи обсягів хіміотерапевтичного лікування, слід розглядати до того, як надавати жінці рекомендації щодо вагітності після перенесеного раку молочної залози. Жінкам із вищим ризиком розвитку раннього рецидиву раку молочної залози можна рекомендувати перечекати певний час і пройти ретельне обстеження та спостереження до спроби завагітніти. Якщо вагітність пройшла успішно після пролікованого раку молочної залози, то деякі жінки, які проходили радіотерапію, можуть відзначати зменшення кількості молока в опроміненій молочної залозі. Проте в здоровій молочної залозі кількість молока зазвичай виявляється достатньою для повноцінного вигодовування дитини.

Жінки з IV стадією (метастатичного) раку молочної залози або рецидивуючим перебігом пухлинного процесу не можуть бути хорошими кандидатами для майбутніх вагітностей. Хіміотерапія може також мати негативний вплив на яєчники й призвести до проблем із фертильністю або до вищої частоти спонтанних викиднів. Водночас усі жінки до початку менопаузи повинні обговорити питання про майбутні вагітності зі своїми лікарями до початку лікування раку молочної залози, якщо вони зацікавлені в народженні здорових дітей після лікування. У деяких випадках можливі варіанти з консервування яйцеклітин до початку лікування (особливо хіміотерапії) для майбутнього продовження роду.

Надійшла до редакції 03.03.2017 р.