

O značenju sistematskih pregleda žena u ranoj detekciji raka dojke

Josip Fajdić

Medicinski centar Slavonska Požega

Stručni rad

UDK 618.19-006.6-07

Prispjelo: 11. ožujka 1987.

U radu se autor prvenstveno osvrće na današnje metode izbora u svrhu unapređenja liječenja karcinoma dojke u nas, a to su isključivo iznalaženja što većeg broja ranih stadija putem sistematskih pregleda žena.

Prilikom sistematskih pregleda na području Medicinskog centra autor koristi, pored fizikalnog pregleda, mamografiju i citologiju, dok se galaktografija koristi u slučajevima krvarećih dojki.

Apostrofirane su naročito poteškoće i nedostaci tokom svake akcije, koji su vezani uz nerazmjerni odaziv predstavnica rizičnih skupina.

U izboru najpreciznije dijagnostičke metode, prednost se daje bez rezerve mamografiji (senografiji), dok su sve ostale metode opterećene, manje ili više, lažno pozitivnim, odnosno lažno negativnim rezultatima (13—30%).

Komparirajući rezultate nekih u nas provedenih sistematskih pregleda, utvrđuje se vrlo niski indeks otkrivenih ranih stadija tzv. »minimal cancer«. Na kraju, ističe se zahtjev za afirmacijom ambulante opće medicine kao osnovne jedinice za rano otkrivanje raka.

Ključne riječi: rana detekcija, sistematski pregled žena, rak dojke

Unatoč činjenici da je rak pluća kod žena u SAD i zemljama tzv. industrijske civilizacije u visokom porastu, ostaje i dalje na snazi podatak da je rak dojke žena u tim zemljama najčešći oblik zloćudnog tumora ženske populacije, kao i najčešći razlog smrtnosti od karcinoma u tim zemljama.²⁰ Tako u zemljama zapadne Evrope, npr. u Holandiji, smrtnost od ove vrste karcinoma iznosi čak 24,2 na 100.000 žena.¹³ Niska stopa smrtnosti od ove vrste bolesti karakteristična je za visoko industrijalizirani Japan, svega 3,8 na 100.000 žena.¹⁶ Prema nekim zapažanjima, Japanke koje se presele u SAD, češće obolijevaju nego u Japanu.

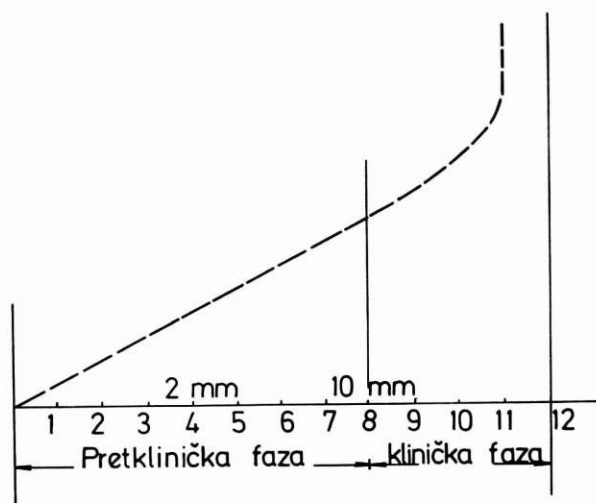
Prema Registru za rak SR Hrvatske iz 1973. godine, rak dojke se u našoj Republici javlja u frekvenciji od 39,9 na 100.000 žena, dok je mortalitet te iste godine bio 17,3.

Kako su osnovni stavovi u terapiji ove bolesti davno utemeljeni, a izmjene se odnose uglavnom na područja adjuvantne terapije i opseg kirurškog zahvata, to se veći pomaci u kvaliteti liječenja trebaju tražiti jedino u ranoj detekciji, tj. povećanju broja ranih stadija. To možemo postići jedino dobro provedenim sistematskim pregledima, kompletiranim sa radiografskom i cito-dijagnostikom. Uvjerili smo se da je efikasnost ovakvih akcija znatno veća što je tim koji je provodi raznovrsniji, tj. multidisciplinarniji. Prelistavajući monografiju međunarodne Unije za borbu protiv raka (UICC—1970. godine), evidentna je obrnuta proporcionalnost petogodišnjeg preživljavanja i veličine tumora. Ovo još više podupire potrebu za provođenjem sistematskih pregleda svih žena, a posebno ugroženih skupina, a to su:

- žene sa pozitivnom porodičnom anamnezom,
- žene u kojih je već registriran rak na suprotnoj dojci,
- sve bolesnice sa krvarećom dojkom,
- rana menarhe, prije 13. godine (Shapiro 1968, Wynder 1960. godine),
- kasna menopauza (Schwartz 1958. godine),
- neudatost ili kasna udaja (Shu Yuasa),
- žene koje nisu rađale,

- sve žene zapadne hemisfere (fenomen podneblja i ishrane),
- sve žene preko 50. godine starosti.

Kako je naglasak stavljen na rano otkrivanje raka, dolazimo do pojma »minimalni rak ili minimal cancer« (u daljnjem tekstu MC), čija se definicija



BILOŠKI RAZVOJ RAKA DOJKE (Mc Donald)
GRAFIKON 1.

razmatra posljednji puta na XII internacionalnom kongresu o raku (Buenos Aires 1978. godine).⁷ Istovremeno je zauzeto stanovište da bolesnici sa ovakvom početnom lezijom imaju desetgodišnje preživljavanje u čak 90% slučajeva.¹²

Iako se uz pojam MC veže pojam lezije promjera do 1 cm, koja u pravilu ne stvara metastaze,²¹ Way i Starc¹⁸ ga smatraju u biološkom smislu KASNIM rakom, kao uostalom i sve lezije koje se

mogu palpirati ili prostim okom vizualizirati.^{6, 12} Uz sve to, tumor koji je u svom kliničkom razvoju dosegao promjer od 1 cm, već je preživio 2/3 od svoga biološkog vijeka, koji traje 12 godina po Mc Donaldu (grafikon 1).

Na osnovu ovoga, Svjetska zdravstvena organizacija pokušava definirati screening kao »identifikaciju klinički neprimjetnih bolesti i alteracija«.¹⁷

Nasuprot ovoj kategoriji, uznapredovali rak susrećemo znatno češće, prepoznajemo ga palpacijom (pa čak i vizuelno), a potvrđujemo biopsijom. Sve do 1966. godine u nas se gotovo ništa ne poduzima na masovnoj ranoj detekciji (screening). Do pojave prvog masovnog screeninga u Domu zdravlja općine Medveščak u Zagrebu, patologija dojke se sporadički observira i liječi na relaciji kirurg-ginekolog, uz znatno skromniji angažman liječnika opće medicine. No, najveći broj bolesnica, njih oko 95%, same se javljaju liječniku sa otkrivenim tumorom u dojci. Druga skupina je za pregled kod liječnika bila motivirana sangvinolentnim ili nekim drugim tipom iscjedka iz dojke, retrakcijom bradavice, maceracijom i sekrecijom u području bradavice i drugo.

Postavlja se pitanje koja je to detekcijska metoda izbora koja bi u okviru masovnog screeninga otkrila suvereno minimalne promjene u dojci, a da to bude lišeno bilo kakve dijagnostičke agresivnosti jednostavno, neškodljivo i jeftino. Moramo odmah reći da tako suverena, sveobuhvatna i istovremeno precizna metoda ne postoji. Naime, sam pojam masovnog pregleda u koji nužno moramo uključiti, pored fizikalnog pregleda, i mamografiju te citologiju, implicira neminovno određenu nepreciznost i pogreške. To naročito vrijedi za fizikalni pregled kojim ćemo u svjetlu suvremenih znanstvenih postavki i težnji za otkrićem minimalne lezije ustanoviti najveći postotak netočnosti.¹² Tako je nastao nepopularni aforizam: »mas screening-mas pogreške«!

Ovo se mora često povezati sa profilom te iskustvom liječnika uključenih u mas screening.

Uočili smo da se nakon uključanja nekolicine mladih liječnika opće medicine u akciju rane detekcije karcinoma dojke na našem terenu, javljao signifikantan broj lažno »alarmantnih« nalaza, koji su kasnije morali biti revidirani i najčešće demantirani mamografijom i pregledom kod kirurga u ambulanti za bolesti dojke.

Uz sve negativne predznake ovakvih pojava, one nam se čine ipak prihvatljivije od slučajeva neprepoznavanja ili pak bagateliziranja određenih promjena u dojci, naročito ako se radi o ženi iznad 40. godine života.

O sekundarnoj ulozi liječnika u ambulanti opće medicine, najilustrativnije govori podatak iz rada M. Spoljara²¹ da samo cca 10% bolesnica prema svjetskim statistikama dolazi iz takve ambulante.

Želimo li, dakle, planski što veći postotak točnosti, prednost se mora dati danas suverenoj metodi, a to je mamografija. Problem nastaje u našim uvjetima medicinskog djelovanja zbog skupoće ove metode. Stoga su liječnički timovi prinuđeni tražiti kompromisna rješenja u ovakvim masovnim akcijama, a to znači kombinaciju fizikalnog pregleda i mamografije samo za rizične grupe žena i one iznad 50. godine života.^{10, 14, 17}

Uključivanjem žena iznad 50 godina starosti u rizičnu grupu i njihov redovni mamografski i fizikalni follow-up, prema preporuci ACI (Am. Cancer Inst.) 1977. godine ostavio je prostor za upitnik što činiti sa svim ženama u dobi od 35—50. godine? Prema ACS (Am. Cancer Soc.), 13% svih karcinoma potječe iz ove dobne skupine.¹⁴

Istovremeno mamografiranje i ove skupine značilo bi ogromne financijske troškove, čak i za tako bogato društvo kakvo je američko. Što se predlaže za sve mamografski negativne u dobi od 35—50.

TABLICA 1.
Rezultati sistematskog pregleda na našem području u petogodišnjem razdoblju

Godine	1982.	1983.	1984.	1985.	1986.	Ukupno
Broj pregledanih žena	2104	1916	1820	2006	2078	9924
Broj novootkrivenih karcinoma	4	3	3	1	4	15
Broj ranih stadija karcinoma (MC)	2	0	0	1	1	4
Broj kasnih stadija karcinoma	2	3	3	0	3	11
Broj sumnjivih slučajeva podvrgnutih biopsiji	11	14	7	18	10	60
Operirani karcinomi dojke na odjelu (ukupno)	19	21	16	15	16	87
Broj biopsija izvršenih na odjelu (ukupno)	41	56	24	32	44	197

godine života? Obzirom da svaka od tih žena može postati nosilac maligniteta, zapadna medicina predlaže redovno praćenje takvih bolesnica termografski, ultrazvukom i slično, ali uz mnogo protivnika spomenutih metoda, koji im osporavaju dijagnostičku vrijednost.¹² Ako sve ovo prenesemo u našu zdravstvenu stvarnost, a pri tome mislim prvenstveno na ekonomiju našeg zdravstva i stupanj zdravstvene prosvijećenosti pučanstva, nailazimo na niz nepodudarnosti. Prvo, sama činjenica da se iz posve ekonomskih razloga pribjegava mamografiranju samo određenih skupina ugroženih žena, sasvim sigurno kompromitira svaku takvu akciju.

Na drugoj strani, redovni termografski i ultrazvučni follow-up, mamografski negativnih žena je za većinu naših zdravstvenih sredina ekonomski neprihvatljiv. Tome se pridodaju i medicinski potpuno opravdani zahtjevi za permanentnim citološkim, a kod određenih slučajeva i galaktografskim praćenjem secernirajućih dojki, naročito sangvinirajućih.

VLASTITI SCREENING

Pogledom na tablicu 1., vidljivo je da smo u periodu od 1982—1986. godine podvrgli sistematskim pregledima grudi i genitalija skoro deset tisuća žena u radnim kolektivima i mjesnim zajednicama požeškog područja. Precizne podatke o ponovnim pregledima nemamo, pa isti nisu u tablicu ni unijeti. Broj novootkrivenih karcinoma dojke na ukupan broj pregledanih smatramo premalim, obzirom da se svake godine znatno više žena operira zbog malignoma dojke na našem odjelu.

To su, dakako, one koje se same prijavljuju u ambulantu za bolesti dojke ili direktno na odjel. Sve bolesnice podvrgnute biopsiji, prethodno su mamografirane. Među premalim brojem otkrivenih MC (svega 4), dva su karcinoma otkrivena na bazi mikrokalcifikata, uočenih mamografijom uz naknadnu biopsiju.

Kao i u većini akcija, i mi sa žaljenjem možemo konstatirati da je veliki nedostatak naše akcije sistematskih pregleda žena što veliki broj žena neopravdano ostaje izvan pregledom obuhvaćene grupe.

RASPRAVA I ZAKLJUČCI

Svrshodnost ovakvog masovnog screeninga, kao i uspjeh liječenja raznim metodama, postiže se jedino uz uvjet visoke zdravstvene prosvijećenosti stanovništva. Tu ne treba gajiti iluzije da bi se skoro mogli približiti razini educiranosti žena u samopregledu kakova je na zapadu, jer u sam sistem prosvjećivanja (filmovi, dijaprojekcije, predavanja, tečajevi i slično) u mnogim sredinama, nažalost, vrlo malo ulažemo. Osim toga, poneke kampanjski pro-

vedene akcije izazivaju suprotan efekt od očekivanog, tj. izazivaju strah i fobičnost od malignih bolesti.

Cesto smo skloni učinak jednog masovnog sistematskog pregleda žena, provedenog u nekoliko radnih kolektiva ili mjesnih zajednica, vrednovati po broju otkrivenih novih slučajeva oboljelih od raka dojke ili ženskih genitalija. Međutim, smatramo jednako važnim efektat koji će takva akcija izazvati u ženskog dijela stanovništva raznih dobnih skupina, u smislu »vođenja brige o vlastitom zdravlju«, pa makar to bilo i jednom godišnje, sadržano u jednom takvom screeningu. Onaj drugi (ili kod nekih autora prvi) momenat u ranoj detekciji (broj novootkrivenih) je različit prema raznim autorima. Tako Maisin²² podastire podatak o devet novootkrivenih karcinoma na 10.000 pregledanih žena.

1966. godine, u Domu zdravlja Medveščak, prilikom sistematskog pregleda otkriveno je 20 karcinoma dojke na 10.000 pregledanih žena (Špoljar 1980).

U masovnom sistematskom pregledu provedenom svake godine počevši od 1974. godine pa dalje, u Splitu, autori⁸ iznose podatak o 69 karcinoma dojke otkrivenih u prvih pet godina provođenja akcije na 70.000 pregledanih žena.

Od 1982. godine po mjesnim zajednicama i radnim kolektivima koje pokriva Medicinski centar Slavenska Požega, organizirani su sistematski pregledi žena. Zajedničkom akcijom tima, kojeg sačinjavaju: ginekolog, kirurg, radiolog, citolog i pojedini liječnici opće medicine, pregledano je u periodu od 1982-1986. godine cca 10.000 žena. Kao i većina autora, iznosimo, čini se, neizbježne probleme i nedostatke tokom svake akcije, koji su vezani uz neadekvatan odaziv predstavnica rizičnih skupina. To, uz selektivnost pri primjeni mamografije (iz ekonomskih razloga) baca određenu sjenu na jednu takvu u suštini vrlo dobro zamišljenu akciju. Inače, mi smo, kao i većina drugih, uočili da su prilikom prvog pregleda, kao i prilikom ponovnih pregleda, prisutne žene koje su otpočeta imale pozitivan stav prema toj akciji.

Dalje, predmet statističkog razmatranja svakog sistematskog pregleda je procentualna distribucija novootkrivenih prema stadijima u kojima su otkriveni. U literaturi prevladavaju kasnije otkrivene forme neoplazmi (II. i III. stadij). Tako Špoljar iznosi svega 11% karcinoma dojke otkrivenih u I. stadiju, a čak 75% u II. stadiju bolesti.²¹

Da je mamografija (iako najskuplja) danas naj-suvremenija dijagnostička metoda bez koje se ne može ovakav sistematski pregled zamisliti, sa dijagnostičkom točnošću do 90%,¹¹ stavljamo van svake sumnje. Time uočavamo podudarnost našeg stanovišta sa stavovima u literaturi.^{2, 4, 5, 15}

Također je zanimljiva podudarnost izvještaja velikog broja autora o gotovo zanemarivom broju uočenih MC, tj. lezija manjih od 1 cm u promjeru, što je istovjetan slučaj i u našim screening-metodama. Ostaje da zaključimo: maligne neoplazme dojke su, unatoč organiziranim akcijama (sistematski pregledi), te suvremenoj dijagnostici (mamogra-

fija, pneumocistografija, UZV), pa sve do Gray-scale ultrasonde (Wagai, Tsutsumi 1975), čemu treba pridodati u posljednje vrijeme sve bolju registraciju i informatiku^{3, 9} — u stalnom porastu, kako u zemljama zapadne hemisfere, tako i u nas.

Stoga nam se čini da moramo još jednom naglasti poznatu činjenicu — na današnjoj razini razvoja zdravstvene kulture u nas, jedini način da se dobije što više bolesnica u najranijim stadijima bolesti, je puni angažman i afirmacija ambulanti opće medicine, koje se svugdje u svijetu smatraju temeljnom jedinicom za otkrivanje raka.²¹

Na drugo mjesto stavljamo dobro organizirane i provedene masovne screeninge, potpomognute suvremenom dijagnostikom.

LITERATURA

1. Bagović P, Aleksić Gabrić J. Zadaća ginekologa u ranom otkrivanju i liječenju raka dojke. *Libri Oncol* 1980; (1-2):11-4.
2. Bailey AJ, Davey H, Pentney A, Tucker HB, Wright. Screening for breast cancer — A report of 11, 654 examinations. *Clin Oncol* 1976; 2(4):317-22.
3. Barber H, Graber E. *Gynecological oncology, A comprehensive review and evaluation*, Excerpta medica foundation. New York 1969; 319-35.
4. Bašić M, Kvakan D, Bosnar M, Mlinarić I, Stritof K, Knežević M. Značenje mamografije u ranom otkrivanju raka dojke. *Libri Oncol* 1981; 10(2-3):87-91.
5. Feig SA, Shaber GS, Schwartz GF, et al. Termography, mamographö and clinical examination in breast cancer screening. Review of 16.000 studies. *Radiology* 1977; 122(1):123-7.
6. Gudurić B. Istraživanja kliničke vrednosti metode termovizije u ranoj detekciji i diferencijalnoj dijagnozi raka dojke. Medicinski fakultet u Novom Sadu 1979; 9.
7. Informe final del Comité Científico Internacional. XII Congreso Internacional del Cancer. Buenos Aires 1978; 25.
8. Janković S, Konstantinović M, Kraljević Lj, Boschi S, Tomaseo I, Perković Z, Sirno V, Rossowska-Bradić T, Bakotin J. Značenje sistematskih pregleda u ranom otkrivanju raka dojke. *Libri Oncol* 1981; 10(2-3):83-6.
9. Kulčar Z, Skupnjak B, Zerjević-Hrabak V. Epidemiologija raka dojke s posebnim osvrtom na situaciju u SR Hrvatskoj. *Libri Oncol* 1972; 3:1275.
10. Lister GRA. Radiologist's View of the Benefit (Risk Ratio) of mamography. From: *Breast Cancer*, Wende Westinghouse Logan, John Wiley and Sons. New York (Chichester, Brisbane, Toronto) 1977; 29-33.
11. Manoliu RA, Ooms GH. The accuracy of mamography. An analysis of 655 histologically verified cases. *Radiol Clin Basel* 1877; 46, 6:422-29.
12. Margaritoni M. Prilog razmišljanjima o protokolu ranog otkrivanja raka dojke. *Libri Oncol* 1981; (2-3):215-9.
13. Miličević D. Rak dojke. Beograd 1978; 10:19-21.
14. Rodes DN, Farrell C, Blackwell C. Missouri's Role in Breast Cancer Detection. *Missouri Medicine* 1977; 689-94.
15. Schepke H, Schepke P. Ultraschall in der mamadiagnostik. *Strahlentherapie* 1978; 154(7):469-70.
16. Segi M. Cancer mortality for selected sites in 24 countries 1951-1961. No 1,2,3, Depart. of public health. Japan 1962.
17. Serra GE, Toma S. Screening problems in breast cancer. *Medicine, Biologic Environment* 1980; 8:65-73.
18. Stark AM, Way St. *The Lancet* 1970; 22:407-73.
19. Shapiro S, Strax P, Venet W. Changes in 5-year breast cancer mortality in a breast cancer screening program. Seventh Cancer Conference Proceedings. 1973; 663-73.
20. Strax P. Evaluation of screening programs for the early diagnosis of breast cancer. *Surg Clin N Amer* 1978; 58:667-81.
21. Špoljar M. Rano otkrivanje raka dojke. *Libri Oncol* 1980; 9(1-2):7-10.
22. III int. Congress f. Präventiv-und Social-medizin. Venezia 1970.
23. Wagai T, Tsutsumi M, Takeuchi H. *Diagnostic Ultrasound in Breast Diseases. Present and Future of Diagnostic Ultrasound* 148. Koovker Scientific Publication 1976.

Abstract

ON IMPORTANCE OF SYSTEMATIC MEDICAL CHECKUPS OF WOMEN IN EARLY DETECTION OF BREAST CANCER

Josip Fajdić

Medical Centre, Slavenska Požega

This paper deals primarily with contemporary methods of choice in improving the treatment of breast carcinoma in our country; it is exclusively connected with as many possibilities of diagnosing the so-called »minimal cancer« stages by applying the systematic medical checkups. In our Medical Centre the systematic medical checkup consists of physical inspection, mamography and cytology, while galactography is applied in the cases of bleeding breasts.

The difficulties and disadvantages of such actions connected with an inadequate response have been pointed out.

The most precise diagnostic method so far for us is mamography, the method of choice, while all the other methods present more or less false positive or false negative results (13—30%).

Comparing the results of some of systematic checkups in our country, it is significant to find a very low index of early stages, the so-called »minimal cancer«.

The need of stressing the importance of general practitioner's surgery as a basic unit for an early detection of cancer has been pointed out.

Key: words: breast carcinoma, early detection, systematic medical checkup

Received: March 11, 1987