



Odaziv na mamografski skrining (Breast Cancer Screening Response)

Ivana Ceronja

Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije
Bjelovar

Sažetak

Sažetak: Svrha rada je ocijeniti opravdanost postupka mamografskog skrininga (probira) na rak dojke (MS), uzimajući u obzir potencijalne rizike i benefite i oslanjajući se na znanstvene dokaze. Iako je većina studija pokazala da mamografija smanjuje mortalitet od raka dojke, postoje kontroverze nekih randomiziranih kontroliranih studija koje vode različitim zaključcima o efikasnosti MS. Unatoč tome, evidentno je da se i dalje preporuča skrining za žene iznad 40 godina barem svake dvije godine. Doprinos kliničkog pregleda dojki u smanjivanju mortaliteta od raka dojke, pridodanog MS, je nepoznat. Edukacija žena o samopregledu dojke ne pridonosi padu mortaliteta, ali ju ne treba odbaciti (ostaje na dobrovoljnoj bazi). Edukacija ima bitnu ulogu u prepoznavanju raka dojke u ranoj fazi. Intervencijski programi moraju adresirati različite pristupe različitim subpopulacijama kako bi se poboljšao odaziv žena, a to je primarna mjera ishoda mamografskog skrininga.

Ključne riječi: skrining na rak dojke, karcinom dojke, mamografija, odaziv, benefiti i štetnosti skrininga

Ključno pitanje ovog eseja je utvrditi da li je skrining raka dojke metodom mamografije opravdan ili nije. Cochrane Collaboration, ugledno nezavisno istraživačko tijelo, 2009. nalazi da skrining vjerojatno reducira mortalitet od raka dojke. Redukcija iznosi 20% u svih sedam randomiziranih studija koje su uključivale pola milijuna žena, ali je taj efekt procijenjen na razumnijih 15% u kvalitetnijim studijama. Apsolutna redukcija rizika je 0,05%. Skrining također vodi do povećanja broja dijagnoza i tretmana za otprilike 30%, apsolutni rizik je 0,5% (1). Nasuprot njima, US Preventive Services Task Force (2002.) preporučuje na temelju meta analiza istih randomiziranih kontroliranih studija mamografski skrining za sve žene iznad 40 godina (2). Canadian Task Force on Preventive Health Care više ne preporuča samopregled dojki (3). Broj potrebnih skrininga da bi spriječili jednu smrt od karcinoma dojke nakon približno 14 godina opservacije je 1224 (2).

Iako je većina studija o skriningu pokazala da mamografija smanjuje broj smrti od karcinoma dojke, postoje kontroverze o validnosti nekih od randomiziranih kontroliranih studija, koje vode do različitih zaključaka o efikasnosti MS (3).

Preventivnim mamografskim pregledima rak dojke može se otkriti i 2 godine prije pojave kliničkih znakova bolesti (6).

Kriteriji za postupak skrininga (prema WHO Observatory) (4):

- 1) bolest mora biti važan javnozdravstveni problem;
- 2) dijagnostika mora biti dostupna, sigurna i prihvatljiva ciljanoj populaciji;
- 3) intervencija za oboljele mora biti utvrđena i dostupna;
- 4) troškovi dijagnostike i intervencije moraju biti ekonomski isplativi.

Epidemiološka situacija u svijetu i RH

Prema podacima Međunarodne agencije za istraživanje raka WHO (Svjetske zdravstvene organizacije), godišnje se dijagnosticira 1,3 milijuna žena u svijetu, a umre oko 464 tisuće žena. Rak dojke najčešće je sijelo raka žena u svijetu - petogodišnja prevalencija iznosi 4,4 milijuna žena.

Za ženu prosječna rizika, incidencija tijekom života je 7,8%, a mortalitet 2,3% (3).

Broj oboljelih i umrlih žena od raka dojke raste s dobi, značajnije nakon 45. godine života.

Prema podacima za cijelu Hrvatsku i sve županije koje bilježi Registar za rak pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ), rak dojke najčešće je sijelo raka u žena u RH (4).

I incidencija i mortalitet od raka dojke u Hrvatskoj u neprestanom su porastu.

U 2006. godini u Hrvatskoj je od raka dojke umrlo 830 žena, a evidentira se oko 2300 novooboljelih, od čega 50 % u dobi od 50 do 69 godina (2).

Ciljna skupina su žene u dobi 50-69 godina svake druge godine.

Nosioc Programa kojeg još skraćeno zovemo „Mamma“ je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Za provođenje Programa imenovani su koordinatori u zavodima za javno zdravstvo, a ukupnu koordinaciju provodi HZJZ.

Problem niskog odaziva na MS

Primarna mjera ishoda MS je korištenje odnosno odaziv. Udio odazvanih žena na mamografiju je za Hrvatsku je prosječno 52,5% za prva tri pozivana godišta koja su uglavnom kompletno obrađena (1937, 1954. i 1955.) (6).

Da bi ostvario predviđeni cilj programa „Mamma“ smanjenja smrtnosti od raka dojke za 25% nakon pet godina, obuhvat žena mamografijom ne bi smio biti manji od 70% (6).

Kako bi dali odgovor na to kompleksno pitanje niskog odaziva, treba razmotriti socijalni, ekonomski, psihološki, etnički, i kulturni kontekst koji okružuje etiologiju bolesti i model intervencije.

Socioekonomski status (SES) i činjenica „gdje živimo“ ima važnu ulogu u definiranju rizika i pojave otkrivanja bolesti u kasnom stadiju. Složen je odnos između SES i karcinoma dojke. Stopa incidencije raste s porastom SES. Međutim, incidencija proširenog karcinoma dojke je viša u žena nižeg SES. Ta je disproporcija podudarna sa izvještajima da žene nižeg SES imaju niži odaziv MS i manju slijedljivost u preporučenom periodu praćenja nakon abnormalnog mamograma. Žene nižeg SES češće ignoriraju simptome, ne razumijevaju elemente progresije bolesti i sklonije su dijagnosticiranju u kasnim stadijima karcinoma. Prisutne su i rasne razlike u stopama incidencije, mortaliteta i preživljenja od karcinoma dojke. Crne žene imaju tri puta veću šansu da budu zdravstveno neosigurane nego bijele žene (12,3% prema 4,7%). Ali SES, više nego rasa, predviđa vjerojatnost pristupa edukaciji, vrsti posla, zdravstvenom osiguranju, razini prihoda i uvjete života koji su povezani sa šansom za pravovremenu dijagnozu i preživljenje (7). „Teorija fundamentalnog uzroka“ nejednakosti u zdravlju opisuje SES glavnim uzrokom socijalnih razlika u mortalitetu tako da koristeći fleksibilne resurse vezane uz SES (znanje, novac, prestiž, socijalne kontakte) povlaštenu izbjegavaju rizik i usvajaju protektivna zdravstvena ponašanja (8).

Studija provedena u Hrvatskoj 2007. utvrdila je da je seoska sredina značajno povezana sa odazivom MS, čak i nakon prilagodbe po SES i problemu pristupa zdravstvenoj skrbi. Autori navode da je pristup zdravstvenoj skrbi najznačajniji prediktor skrininga (9). Shodno tomu, istraživanja na Floridi pokazuju da su zajednice visoke razine siromaštva značajno povezane sa kasnom dijagnozom karcinoma dojke; područja sa incidencijom višom od očekivane preklapaju se vjerojatnošću višom od sedam puta da budu područjima niskog odaziva MS (7).

Nadalje, treba uzeti u obzir barijere pristupu liječniku, kao neizbježni liječnika obiteljske medicine (LOM) te nepostojanje preporuke za MS od strane LOM. Žene sa lošim pristupom liječniku mnogo manje se odazivaju na MS. Primarna skrb može direktno utjecati na bolji odaziv MS davanjem preporuke za mamografiju (10).

Model zdravstvenog vjerovanja (engl. HBM- Health Belief Model) objašnjava 47% razlika u ponašanju pri odazivu skriningu, uključujući SES; dakle, HBM ne može dosljedno predvidjeti zdravstveno ponašanje (11). Među zdravstvenim uvjerenjima koja

utječu na odaziv MS, kao najjači prediktor kod starijih žena pokazalo se vjerovanje da obavljen mamogram olakšava misli, odnosno strah od raka (12).

Kulturno i religiozno okruženje ima važnu ulogu u odazivu MS. Uvjerenja da čovjek ne može izmijeniti svoju sudbinu (fatalizam) mogu pridonijeti slabom odazivu.

Istraživanja pokazuju da da žene odazvane MS očekuju veće benefite, imaju veću zdravstvenu motivaciju i manje barijera od onih koje se ne odazovu. Također je nađeno da su opaženi benefiti i motivacija značajno povezani sa kraćim vremenskim razmakom od prethodnog mamograma (13).

Žene s prethodnim lažno pozitivnim nalazima MS mogu imati teškoća s ponovnim MS. Mali broj studija pratio je žene s lažno pozitivnim mamogramima iznad 40 godina kako bi utvrdili dugoročne posljedice. Nađeno je da da te žene mogu imati povišene razine anksioznosti, češće rade samopregled dojki i moguć je slabiji odaziv na sljedeće MS. Potrebno je istražiti kako lažno pozitivni nalazi utječu na druge ishode, kao i na povjerenje u zdravstvenu skrb (14).

Negativni učinci povezani sa MS

Sa svakim mamogramom žena ima 6,5% šansu za lažno pozitivan nalaz, što iznosi nakon 10 godina 24%. U žena podvrgnutih skriningu raste broj radikalnih mastektomija 23%, tumorektomija 35%, radioterapije 25%. Povećava se broj kontrola, mamografskih praćenja i biopsija. MS će potencirati u proceduru neke tumore koji bi možda ostali mirni i bez tretmana. Generalno, nije moguće odrediti koje bi žene mogle biti pošteđene tretmana da bi zauzvrat drugima spustili stopu mortaliteta (4).

Efektivnost kliničkog pregleda dojki (engl.Clinical Breast Examination- CBE)

Nisu učinjene studije koje bi direktno uspoređivale CBE bez MS, već se CBE kombinira s MS ili se provodi samo MS. Budući je karcinom dojki rjeđi u žena ispod 50 godina, kvržica nađena na CBE starije žene četiri puta je vjerojatnije da je karcinom nego u mlađe žene (4).

CBE nalazi karcinome koji su propušteni MS. Marginalni porast nađenih slučajeva je oko 5-7% u populacijskim studijama. Nije utvrđeno da li ti dodatni otkriveni slučajevi poboljšavaju ishode bolesti (4).

Zaključno, unatoč ograničenjima randomiziranih kontroliranih studija i meta analiza, evidentno je da se i dalje favorizira MS u žena iznad 40 godina svake druge godine.

Nezavisni dodatni benefit CBE pridodane mamografiji u smanjivanju stope mortaliteta je neutvrđen, ali se preporuča koristiti bolje tehnike u izvođenju i uzeti malo više vremena. Postoje dobri dokazi da edukacija žena o izvođenju samopregleda dojki ne vodi do boljeg otkrivanja karcinoma niti smanjuje stopu mortaliteta, no unatoč tome žene koje to žele treba podučiti pravilnom izvođenju. Mnoge žene pronađu karcinom dojke same te je nužno podizati svijest žena da obrate pozornost promjenama u dojci (4).

S obzirom na iznesene dokaze kako činjenica „gdje živite“ igra veliku ulogu u definiranju rizika, treba podupirati intervencije koje adresiraju barijere kao što su pristup zdravstvenoj skrbi, posebno LOM, ekonomske, kulturne, religiozne i psihosocijalne različitosti.

Potrebna su daljnja istraživanja i naponi kako bi se smanjio teret bolesti, posebno u siromašnim i ruralnim područjima sa višom incidencijom kasnih stadija karcinoma dojke i limitiranim korištenjem primarne zdravstvene zaštite, koja može odigrati važnu ulogu u preporuci za MS te informacijama o potencijalnim koristima i štetnostima.

LITERATURA:

1. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue2, 2009.The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd .
2. Registar za rak HZJZ, www.hcjz.hr. Vol 4, Broj 13, 2008.
3. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002. (5):137-47 .
4. Green BB, Taplin SH. Breast cancer screening controversies. *Am Board Fam Pract.* 2003 May-Jun;16(3):233-41.
5. WHO Observatory.Policy briefs.Screening in Europe.No 10, 2006.
6. Strnad M: Početak Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke. www.hcjz.hr. Vol 4, Broj 13, 7, 2008.
7. MacKinnon JA, Duncan RC, Huang Y, Lee DJ, Fleming LE, Voti L, Rudolph M, Wilkinson JD.Detecting an association between socioeconomic status and late stage breast cancer using spatial analysis and area-based measures. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16(4):756-62.
8. Link BG, Phelan JC, Miech R, Westin EL. The resources that matter: fundamental social causes of health disparities and the challenge of intelligence.*Health Soc Behav.* 2008;49(1):72-91.
9. Polasek O, Kolcic I, Voncina L, Strnad M, Vuletic S, Kern J. Breast, colon, and prostate screening in the adult population of Croatia: does rural origin matter? *Rural Remote Health.* 2007;7(3):749.
10. Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature. *J Womens Health (Larchmt).* 2008 Nov;17(9):1477-98.
11. Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *J Adv Nurs.* 2001 Mar;33(5):677-88.
12. Thomas LR, Fox SA, Leake BG, Roetzheim RG. The effects of health beliefs on screening mammography utilization among a diverse sample of older women. *Women Health.* 1996;24(3):77-94.
13. Holm CJ, Frank DJ, Curtin J. Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior.*Cancer Nurs.* 1999 Apr;22(2):149-56.
14. Brewer NT, Salz T, Lillie SE. Systematic review: the long-term effects of false-positive mammograms. *Ann Intern Med.* 2007.146(7):502-10.

Kontakt:

Ivana Ceronja, dr.med, specijalizant javnog zdravstva
Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije
Bjelovar, Matice hrvatske 15
e-mail: iceronja@gmail.com
GSM: 095 8122399