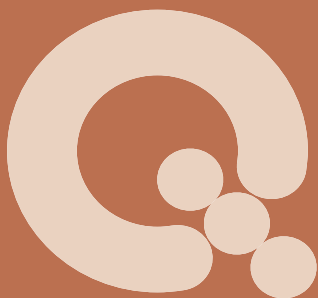


C50

MKB-10

# Vodič za rano otkrivanje karcinoma dojke



zločudna novotvorina dojke

Maj 2006.

# VODIČ ZA RANO OTKRIVANJE KARCINOMA DOJKE

## Razvoj vodiča:

Godine 2005. formiran je multidisciplinarni tim zdravstvenih i drugih profesionalaca u suradnji sa stručnjacima AKAZ-a za razvoj vodiča baziranog na dokazima.

## Radna grupa za razvoj vodiča

Doc. Dr Hiba Bašić, Specijalista radiolog-onkolog  
Institut za onkologiju KCU Sarajevo, Bolnička 25

Prim. Dr Sabaheta Cokoja-Softić, Specijalista radiolog  
Institut za radiologiju KCU Sarajevo, Bolnička 25

Prof. dr. sci. med. Nermina Obralić, Specijalista radijacijski onkolog  
Institut za onkologiju KCUS, Bolnička 25, 71000 Sarajevo

Dr. Zoran Riđanović, AKAZ - Agencije za kvalitet i akreditaciju  
u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine

Dr. Zaim Jatić, Specijalista porodične medicine  
JU «Domovi zdravlja Sarajevo»

Šefika Bureković, VMS, JU «Domovi zdravlja Sarajevo»

Brošura je namjenjena ljekarima svih specijalnosti, posebno opće i porodične medicine, mladim ljekarima, studentima medicinskog fakulteta kao i studentima visoke zdravstvene škole.

Ovaj vodič podliježe izmjenama i dopunama kada se pojave relevantna klinička i naučna saznanja, a najdalje za 3 godine. Inicijativu za reviziju vodiča pokreće Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine, koja formira radnu grupu za tu aktivnost.

Izdavanje ove brošure je neovisno od tijela koje je finansiralo izradu vodiča. Svi članovi radne grupe izjavljuju da nema sukoba interesa vezanih za navode i preporuke uvrštene u vodič.

Vaši komentari su dobrodošli i treba ih poslati na Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH: Dr Mustafe Pintola 1. 71000 Sarajevo: tel 387 033 762 226; fax 762 225; e-mail: [akaz@akaz.ba](mailto:akaz@akaz.ba); web site:[www.akaz.ba](http://www.akaz.ba) ili na adrese autora.

## **Copyright © 2006 AKAZ**

Ovaj dokument predstavlja vlasništvo AKAZ-a (Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH). Namjenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, ali samo u originalnom obliku, bez ikakvih izmjena, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava AKAZ-a, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.

## UVOD

Ova knjižica je jednostavan vodič za prevenciju i ranu detekciju karcinoma dojke. Napisana je na inicijativu ureda Svjetske zdravstvene organizacije a u organizaciji Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Vodič je rezultat rada multidisciplinarnog tima, predstavnika relevantnih profesionalnih grupa: gastroenterologa, onkologa, ljekara porodične medicine, medicinske sestre.

Namjera ovog vodiča je da profesionalnim zdravstvenim radnicima primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, a posebno porodične medicine na jednostavan način ukažu na važnost i mogućnost ranog otkrivanja raka dojke, ili promjena u dojci koje nose povećani rizik za razvoj karcinoma. Redovnim i pravilnim pregledom bolest se može otkriti u ranoj fazi, prije nego što se proširi. Rano otkriveni karcinom dojke izlječiv je u visokom procentu.

U ovoj knjižici ćete naći osnovne informacije o karcinomu dojke, dijagnostičkim metodama, njihovoj pouzdanosti i mogućnostima primjene u ranom otkrivanju raka dojke. Posebno je naglašen značaj detekcije ranog karcinoma u masovnoj populaciji, tj kod onih koji nemaju nikakvih simptoma postojanja bolesti, metodom skrininga tj aktivnog traženja karcinoma. Također su date osnovne informacije o liječenju.

Ove informacije i preporuke su temeljene su na dostignućima savremene medicinske nauke, na dokazima razine pouzdanosti postupaka u medicini (Evidence based Medicine). U izradi ove brošure korišteni su savremeni i relevantni literaturni podaci. Kao osnova su uzeta slijedeća tri vodiča, koji su prethodno evaluirani po Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation AGREE Instrument i procijenjeni kao visoko pouzdani i aplikativni:

- Smith R.A., Cokkinides V., and Eyre H. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2005. CA Cancer J Clin 2005; 55: 31- 44
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology- v. 2. 2006
- Breast Screening- A pocket guide (www. Cancerscreening.nhs.UK)

Pored toga su uvršteni podaci dobiveni manuelnim pretraživanjem časopisa i korištenjem elektronske baze podataka:

MEDLINE, Proceedings of American Society of Medical Oncology (ASCO)

Limiti u pretraživanju: period 2000-2005

Jezik: engleski

Ključne riječi: breast cancer, screening for breast cancer

U izradi vodiča su korištni slijedeći kriteriji za označavanje nivoa dokaza za navode i stavove (Clinical Oncology 2001:13:S212):

Ia	Meta-analioza randomiziranih kliničkih studija
Ib	Najmanje jedna randomizirana klinička studija
Ila	Najmanje jedna nerandomizirana studija
Ilb	Najmanje jedna dobro dizajnirana istraživačka studija
III	Neistraživačka deskriptivna studija
IV	Mišljenja ili izvještaji eksperata ili iskustva Priznatih eksperata

Formulisanje preporuka u vodiču vršeno je konsenzusom članova radne grupe. U davanju preporuka se vodilo računa o postojećem nivou saznanja iz ove oblasti, ali i situacije u našoj sredini i realnim mogućnostima za njihovo provođenje. Na kraju vodiča su date i preporuke za minimum preduslova za provođenje skrininga. Preporuke u vodiču su gradirane na slijedeći način (Clinical Oncology 2001:13:S212):

A	Najmanje jedna randomizirana klinička studija Nivo dokaza Ia ;Ib
B	Dobro dizajnirana istraživačka studija Nivo dokaza Ila ; Ilb ; III
C	Mišljenja, iskustva i preporuke eksperata Nivo dokaza IV

Ovaj vodič podliježe izmjenama i dopunama kada se pojave relevantna naučna saznanja, a najdalje za 3 godine. Inicijativu za reviziju vodiča pokreće Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine, koja formira radnu grupu za tu aktivnost. Svake dvije godine vršiće se revizija i dopuna sadržaja.

## Sadržaj

1. Rak dojke	7
2. Faktori rizika	8
3. Prevencija karcinoma dojke	9
4. Rana detekcija karcinoma dojke	9
5. Postupak kod otkrivenog karcinoma dojke	13
6. Preduslovi za ranu detekciju karcinoma dojke	15
7. Očekivani efekti skrininga	16
8. Literetura	17



## 1. RAK DOJKE

Rak nastaje i razvija se iz postave mliječnih kanalića (epitela duktusa) i lobulusa, pa je najčešći tip karcinoma duktalni (80%), i lobularni (10%) karcinom dojke. Obično se javlja kao veći ili manji čvor u dojci, a ako je sasvim mali, ispod 0.5 cm, ili veći ali duboko u dojci, obično se ne može napipati. Karcinom dojke može biti invazivan i neinvazivni (ductalni in situ karcinom-DCIS) i (lobularni in situ-LCIS). Ova forma karcinoma obično se ne može opipati, nego se otkriva mamografijom.

Rak dojke je najčešći maligni tumor žena (oko 32% svih malignoma) i najčešći uzrok smrti u dobi 45-55 godina. U svijetu se godišnje registruje oko milion novooboljelih. U razvijenim zemljama smrtnost je značajno smanjena, na oko 25% zahvaljujući ranoj detekciji i savremenoj terapiji.<sup>(1,2)</sup>

Preživljenje je lagano niže kod žena mlađih od 40 god. (82%), od dobi 40-74 godine (88%), kod 75-i više god., (89%). Izlječenje, tj dugotrajno preživljenje bez prisustva bolesti, direktno je ovisno o stadiju bolesti, tako je na pr. petogodišnje preživljenje kod prvog stadija 98%, dok kod raširene bolesti manje od petine pacijenata živi 5 godina.<sup>(3)</sup>

### 1.1 Znaci i simptomi karcinoma dojke

U ranoj fazi karcinom dojke obično ne daje nikakve simptome jer je sasvim malen, a tada je i najpogodniji za liječenje. Stoga je veoma važno da sama žena bude svjesna svojih grudi, i da slijedi preporuke vodiča kako bi tumor otkrila u ranoj fazi, prije nego osjeti simptome. Tumor koji žena kasnije napipa obično kao mali čvor, spočetka nije bolan, a kasnije se javljaju povremeni ili stalni bolovi u dojci. Kada se tumor dovoljno razvije može da infiltrira kožu, potom torakalni zid, uvlači bradavicu, deformiše dojku, egzulcerira, a nekada je prvi znak sukrevičav iscjedak na bradavici, ili pojava promjena poput ekcema na bradavici, Paget-ov karcinom dojke.

Kada karcinom metastazira u druge organe, javljaju se simptomi tih organa, poput bolova u kostima, kašlja i otežanog disanja, ikterus i sl. Stoga je cilj otkriti tumor u što ranijoj fazi.

## 2. FAKTORI RIZIKA

Nije tačno poznato šta dovodi do pojave karcinoma dojke, ali se zna da ima više rizičnih činioca od kojih su neki već poznati od ranije, drugi se tek istražuju.

Dob: Učestalost (incidenca) karcinoma dojke raste sa godinama, 80% se javlja nakon menopauze. Izuzetno je rijedak prije 20 godine, također neuobičajen prije 35. Nakon ove dobi rizik raste osobito nakon menopauze, sa 70 godina 1 od 7 žena ga dobije.<sup>(2)</sup> Stoga su i metode za ranu detekciju-skrining usmjerene na žene u toj dobi.

Ranije liječeni karcinom dojke: Žene koje su ranije liječene od karcinoma dojke imaju 2 puta veći rizik za karcinom u drugoj dojci.

Nasljedni faktori: Potvrđena su dva gena karcinoma dojke: BRCA1 i BRCA2. Ovi geni su nađeni u visokom procentu kod familija sa 4 ili više slučajeva karcinoma dojke u dobi ispod 60 godina. Ali samo oko 5% karcinoma dojke može biti uzrokovano ovim genom. Također, povećanim rizikom se smatra karcinom dojke u bliskih srodnika (majka, sestra) u dobi mlađoj od 50 godina.

Benigne promjene u dojci: Samo se proliferativne mastopatije koje kod mamografije pokazuju pojačanu zasjenjenost (denzitet), mogu smatrati rizikom.

Kasna menopauza: produžen menstrualni ciklus nakon 50 godina.

Prekomjerna tjelesna težina (debljina) nakon menopauze.

Korištenje nadomjestne hormonalne terapije nakon menopauze za period duži od 5 godina.

**Nivo dokaza Ib, IIa**

Tabela 1. Faktori koji povećavaju Relativni Rizik za karcinom dojke

Relativni Rizik	Faktori
Relativni Rizik > 4.0	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dob (&gt;65 g. prema &lt; 65 g)</li><li>• Vjerovatnoća naslijeđenosti mutacije gena BRCA1 i BRCA2</li><li>• Karcinom dojke kod dva ili više srodnika prvog koljena u ranoj dobi</li><li>• Prethodno karcinom u jednoj dojci</li><li>• Denzitet dojki</li></ul>
Relativni Rizik 2.1 – 4.0	<ul style="list-style-type: none"><li>• Karcinom dojke kod jednog rođaka prvog koljena</li><li>• Biopsijom nađena atipična hiperplazija</li><li>• Visoke doze zračenja na prsa</li><li>• Visoki denzitet dojki (u postmenopauzi)</li></ul>

<p>Relativni Rizik 1.1 – 2.0 Faktori koji utiču na cirkulirajuće hormone</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasna prva trudnoća ( nakon 30 g)</li> <li>• Rana menarha (&lt; 12 g)</li> <li>• Kasna menopauza (&gt; 55 g)</li> <li>• Neiznesena trudnoća</li> <li>• Žene koje nisu dojile</li> <li>• Skorašnja upotreba oralnih kontraceptiva</li> <li>• Skorašnja dugotrajna upotreba hormonske nadomjestne terapije</li> <li>• Debljina (u postmenopauzi)</li> <li>• Ranije dijagnosticiran karcinom endometrija, ovarija ili kolona.</li> <li>• Alkohol</li> <li>• Visok socioekonomski status</li> <li>• Jevrejsko porijeklo</li> </ul>
--	---

### 3. PREVENCIJA KARCINOMA DOJKE

Kako se zaštititi od nastanka karcinoma?

Obzirom da nije poznat jedinstveni uzrok nastanka karcinoma dojke, to se ne može preporučiti neka metoda koju bi žena koristila da spriječi njegov nastanak. Zdravim načinom života, bez alkohola i duhana, uz fizičku aktivnost, kontrolu tjelesne težine nakon menopauze, žena može samo djelomično smanjiti rizik za ovu bolest. Stoga je važno da svaka žena nauči da vodi brigu o svojim dojčkama.

**Nivo preporuke C**

### 4. RANA DETEKCIJA- SKRINING KARCINOMA DOJKE

Karcinom dojke je progredirajuća bolest, pa se mali tumori mogu smatrati ranom bolešću, imaju bolju prognozu, i uspješnije se liječe. Skrining je testiranje (pregled) žena koje nemaju simptoma bolesti, u svrhu ranog otkrivanja (detekcije) karcinoma. Na ove preglede ženama se upućuju pozivi, a ponavljaju se u određenim vremenskim intervalima.<sup>(3,4,5,6)</sup> Za ranu detekciju se koriste metode koje mogu otkriti tumor koji nije palpabilan.

#### 4.1 Dijagnostičke metode

##### Samopregled

Samopregled podrazumijeva periodični pregled koji žena sama obavlja tako da posmatra i opipa dojke i pazušne lože. Za ovaj pregled treba da je pouči liječnik ili sestra porodične medicine. Sa samopregledom se započinje od 20 godine života. Žena može samopregled obavljati redovito, povremeno

ili nikako. Ranije preporučivani svakomjesečni samopregled je napušten u mnogim razvijenim zemljama i ostavljeno je ženi da sama odabere hoće li ga koristiti i u kojem intervalu.<sup>(7)</sup>

#### **Nivo dokaza IIa**

Značaj samopregleda je utoliko da potstakne ženu da bude svjesna svojih prsa i da misli na njih, da se pravilno informira, što je i cilj vodiča namijenjenih pacijentima, te da svaku sumnjivu promjenu i znak u dojci odmah, bez odlaganja prijavi svome liječniku. Također, cilj je vodiča da pouči žene, a i profesionalno osoblje primarne i porodične zdravstvene zaštite, da je karcinom dojke veoma ozbiljna bolest, da je rano otkrivanje važno za uspješno liječenje i da su metode kojima se karcinom dojke otkriva jednostavne i bezbolne.<sup>(6)</sup>

#### **Nivo dokaza IIa**

##### Klinički pregled

Pod ovim se podrazumijeva fizikalni pregled koji obavlja liječnik, On pažljivo posmatra dojke, njihovu okolinu i palpacijom i istražuje moguće promjene u dojkama i susjednim ložama limfne drenaže. Klinički pregled treba provoditi najmanje jedamput u tri godine kod svih žena koje ne pripadaju nekoj rizičnoj grupi, u dobi od 20-40 godina.

Od 40 godina žena treba jedamput godišnje da se klinički pregleda i tada da se učini početna (bazična) mamografija. Najbolje je da klinički pregled prethodi mamografiji. Ukoliko postoji skrining program, on u nekim zemljama započinje sa dobi od 40, u nekim 45 ili 50 godina, do dobi 65 ili 70 godina, zavisno o incidenci karcinoma, raspoloživim resursima i razini zdravstvene kulture stanovništva.

#### **Nivo dokaza IIb**

##### Mamografija

Mamografija je "zlatni standard" dijagnostike karcinoma dojke i najvažnija metoda skrininga. Mamografija je radiološka metoda snimanja dojki koja koristi minimalne doze zračenja i omogućava da vidimo unutarnju strukturu dojke. Današnje moderne tehnike snimanja koriste aparate sa minimalnim dozama zračenja i visoko osjetljive filmove. Mamografija sa visokom tačnošću (od 80-90%) otkriva karcinom dojke kod žena koje nemaju simptoma, a tačnost je veća kod postmenopausalnih nego premenopausalnih žena. Efikasnost skrininga karcinoma dojke je dokazana u mnogobrojnim randomiziranim studijama i većina skrining programa potvrđuje redovnu mamografiju kao važan dio prevencije.<sup>(8,9,10)</sup> Iako se u skriningu otkrije samo 5-10% karcinoma, a ostale žene se podvrgavaju mamografiji, a neke i dodatnim dijagnostičkim metodama, da bi se na kraju ipak isključilo prisustvo karcinoma, činjenica da su karcinomi otkriveni skriningom manji i da imaju smanjenu stopu mortaliteta,<sup>(8,9,10)</sup> čini ovu metodu najvažnijim oružjem u sekundarnoj prevenciji karcinoma dojke.

Veoma malo karcinoma može biti promašeno (nedijagnosticirano) mamografijom i to u slučajevima kada se radi o dojkama sa dobro razvijenim žljezdanim tkivom, tzv. denznim dojkama, brzo rastućem tumoru ili se

jadnostavno ne prepoznaju mali, rani znaci abnormalnosti. Također, u oko 5-10% slučajeva ne može se sa sigurnošću utvrditi na je nalaz normalan, pa se zahtijevaju dodatni pregledi: mamografija sa uvećanjem, ultrazvuk (UZ), nekada magnetna rezonanca (MRI) ako je ima, te aspiraciona biopsija sa tankom iglom.

Veoma je važno da liječnik razgovara sa ženom i da je posavjetuje koje je vrijeme najbolje za njezine redovne kontrole mamografijom (to zavisi od prethodnog nalaza mamografije), a u skladu sa postojećim vodičem za skrining, kako se ne bi desilo da u međuvremenu tumor koji nije bio vidljiv, poraste.

Mamografija kao dijagnostička metoda ima znatno manju vrijednost (pouzdanost) kod mlađih (premenopauzalnih) žena radi razvijenog žljezdanog tkiva koje dojku čine radiološki „denznom“ tj slabo vidljivom za interpretaciju. U tim slučajevima nužne su dopunske metode, ultrazvuk, a gdje je moguće i magnetna rezonanca (MRI).

**Nivo dokaza Ib**

#### Ultrazvuk (UZ)

Ovo je dodatna (komplementarna) metoda dijagnostike koja koristi ultrazvučne valove, bez jonizirajućeg zračenja, potpuno je bezopasna, pa se može neograničeno koristiti i kod trudnica. Upotrebljava se u traženju tumora u denznim dojkama tj kod mlađih premenopauzalnih žena, žena sa fibrocističnom mastopatijom i žena koje uzimaju nadomjestnu hormonalnu terapiju. Pomoću ultrazvuka lahko se razlikuju solidne promjene (poput benignih tumora fibroadenoma) od cističnih (koje sadrže tečnost i najčešće su dobroćudne). Također, UZ se koristi za precizno usmjeravanje igle za uzimanje ćelijaskog uzorka za citološku analizu.

**Nivo dokaza III**

#### Magnetna rezonanca (Magnetic Resonance Imaging-MRI)

MRI je savremena, komplementarna metoda, temeljena na magnetnim talasima, bez jonizirajućeg zračenja. Nije metoda masovnog skrininga, nego se u posljednje vrijeme može koristiti za dijagnostiku tumora kod genetski predisponiranih žena, kod kojih se skrining inače počinje u ranijoj premenopauzalnoj dobi, zatim kod dojki jačeg denziteta.

**Nivo dokaza IV**

#### Citološki pregled sumnjivih promjena

Kada radiolog na snimcima mamografije nađe promjenu koja je sumnjiva na karcinom, ili je ne može sa sigurnošću proglasiti dobroćudnom, potrebno je uzeti mali uzorak ćelija iz tog područja za citološki pregled i postavljanje citološke dijagnoze. Ovaj zahvat se obavlja nježnom, tankom iglom, što je potpuno bezbolno i bezbijedno, i zato se naziva citološka analiza aspiracijom pomoću fine igle (fine needle aspiration-FNA). Ovako, prije liječenja postavljena dijagnoza karcinoma, omogućava da se terapija planira na vrijeme, odabere najbolji način liječenja (na primjer vrsta operacije) u

dogovoru pacijentice sa timom specijalista koji će je liječiti. Onkološka sestra će pomoći pacijentici da bez straha i nedoumice razumije plan liječenja i uspostavi pravilnu komunikaciju sa liječnikom.

Citološka analiza pomoću fine igle je katkad neophodna za provjeru promjena za koje liječnik ne može sa sigurnošću tvrditi da su benigne. Stoga, ovim jednostavnim zahvatom, riješićete se nepotrebnog straha i sumnje.

**Nivo dokaza IIb**

Osnova skrininga karcinoma dojke je mamografija.

**Nivo preporuke A**

## 4.2 Kada započeti skrining

Skrining kao organizirani program sekundarne prevencije karcinoma dojke obično se započinje od 45 godine starosti kod žena koje ne pripadaju rizičnoj grupi prve kategorije (tabela 1), a kod visokorizičnih i ranije, tj od 40 godine.

**Nivo preporuke B**

Izvan organiziranog programa skrininga, žene treba poučiti o sljedećem:

- Mamografiju se preporučuje započeti sa 40 godina i nastaviti svake godine sve dok je žena dobrog zdravlja.
- Klinički pregled dojki kao dio periodičnog zdravstvenog pregleda svake tri godine kod žena dobi od 20-40 godina, potom svake godine.
- Žene trebaju znati kako njihove dojke izgledaju normalno, i da svaku promjenu odmah i bez odlaganja prijave svome liječniku. Samopregled je opcija (prema volji žene), i treba ga početi od 20 godina.
- Žene sa povećanim rizikom (porodičnom historijom, genetskom predispozicijom, ranijim karcinomom u drugoj dojci) trebaju razgovarati sa svojim liječnikom o koristi i ograničenjima započinjanja skrining mamografije ranije, prije svoje 40 godine, i o mogućnosti za druge, dodatne testove (UZ, MRI), ili da na pregled dolaze ranije i češće.

**Nivo preporuke C**

Tabela 2: Vodič za Ranu detekciju karcinoma dojke kod žena koje nemaju simptoma tumora i ne pripadaju grupi rizika prvog reda (vidi tabelu 1)

Žene dobi 20-40 godina
<ul style="list-style-type: none"><li>• Klinički pregled prsa svake tri godine</li><li>• Mjesečni samopregled (opcionalno)</li></ul>
Žene dobi 40 godina i više
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jedanput godišnje mamografija</li><li>• Jedanput godišnje klinički pregled (uz mamografiju),</li><li>• Mjesečni samopregled (opcionalno, tj prema želji žene)</li></ul>

### **Zašto se skrining karcinoma dojke ne provodi kod mlađih žena prosječnog rizika?**

Dva su razloga:

1. Incidenca karcinoma dojke je daleko niža u toj dobi.<sup>(1)</sup>
2. Skrining je dokazao smanjenje smrtnosti od karcinoma dojke kod žena starosti od 40-69 godina,<sup>(10)</sup> i to sa intervalima skrininga od jedne do dvije godine.

Rezultati velikih studija pokazuju da je jednogodišnji skrining osobito koristan za premenopausalne žene jer je i brzina razvoja karcinoma kod njih veća.<sup>(11)</sup> Smanjenje intervala skrininga rezultira u detekciji tumora manje dimenzije i smanjenju stope mortaliteta.

**Nivo dokaza III**

## **5. POSTUPAK KOD OTKRIVENOG RAKA DOJKE-NAČIN LIJEČENJA**

Iako je karcinom dojke veoma ozbiljna bolest, ona se može uspješno liječiti ako se otkrije u ranoj fazi, kada nije invazivna, i kada ćelije tumora nemaju sposobnost raseljavanja-metastaziranja. Ovo liječenje može biti uspješno ako ga provodi stručni tim specijalista koji čine: hirurg, radijacijski onkolog, internista-medicinski onkolog, radiolog, patolog, onkološka sestra, socijalni radnik i drugi prema potrebi. Ovaj stručni tim pregleda pacijenticu na jednom mjestu, u okviru kionzilijskog pregleda I donosi odluke o eventualnim dodatnim dijagnostičkim pretragama, načinu liječenja I redosljedu metoda. Na taj će način svaka pacijentica dobiti najbolji mogući tretman.

Ako karcinom nije metastazirao, i ako nije lokalno uznapredovao, liječenje obično započinje hirurškim zahvatom. Ako je tumor mali, može se odstraniti samo tumor i dio okolnog zdravog tkiva dojke (poštedna operacija), tako da se dojka ne odstranjuje. Istovremeno se odstrani i izvjestan broj limfnih žlijezda iz pazuha.

Nakon ovakve operacije provodi se zračenje. Zračenje traje oko 6 sedmica, obično ne uzrokuje posebnih tegoba. Pacijentica ne mora boraviti u bolnici za to vrijeme ako ne živi daleko od klinike. Uspjeh ovakvog liječenja-poštedne operacije i zračenja, je isti kao nakon odstranjenja cijele dojke (modificirana radikalna operacija).<sup>(12)</sup> U nekim slučajevima biće nužno učiniti radikalnu operaciju. Kod nekih ovako operiranih pacijentica trebaće provesti zračenje, jer nakon takve terapije pacijenti žive duže.<sup>(13,14)</sup>

Nakon radikalne operacije moguće je plastičnom rekonstruktivnom hirurgijom načiniti novu dojku, odmah u toku odstranjenja dojke, ili kada se završi sva ostala terapija. Plastična rekonstrukcija dojke je potpuno bezopasna i ne može izazvati recidiv bolesti.

Da bi se rizik od ponovne pojave bolesti, tj. metastaziranja, smanjio i sveo na najmanju mogućnost, obično se nakon operacije provodi sistemska terapija, tj. liječenje citostaticima-kemoterapija, a kod hormonski ovisnih tumora, i hormonalna terapija. Sistemska terapija treba da uništi nevidljive, preostale tumorske stanice koje su se mogle raseliti i naziva se adjuvantna sistemska terapija. Ova terapija je dokazala smanjenje stope recidiva i smrtnosti za više od 15 godina nakon tretmana.<sup>(15)</sup>

Žene čiji tumor ima pozitivne hormonske receptore, dobijaju nakon operacije tamoxifen do pet godina. Njegov je zadatak da blokira receptore i tako onemogućuje djelovanje hormona estrogena koji utiče na razvoj karcinoma. U posljednje vrijeme upotrebljavaju se lijekovi poznati kao inhibitori aromataze (AI), koji blokiraju encim aromatazu odgovoran za produkciju malih količina estrogena kod postmenopausalnih žena. Oni se daju nakon tamoxifena, ili kao prva terapija kod ranog, ali i kod uznapredovalog karcinoma.

Ako je tumor u dojci većih dimenzija, posebno ako se proširio na kožu, tada operacija može pogoršati bolest, pa se najprije daje sistemska terapija citostaticima. Ovakva terapija se naziva neoadjuvantna, a nakon nje pacijentica se operira i zrači.

Posljednjih se godina intenzivno istražuju specifične biološke karakteristike tumorskih stanica. Kod nekih tumora nađeno je povećano prisustvo proteina specifičnih gena kao što je HER-2/neu antigen. Oko 25% karcinoma dojke pokazuje pojačanu ekspresiju HER-2 antigena. Specifično humanizirano monoklonalno antitijelo trastuzumab (Herceptin) cilja direktno na receptor HER-2 karcinomske stanice i onemogućava njezin rast. Ovi lijekovi se još ne primjenjuju u uobičajenoj kliničkoj praksi, ali je njihova efikasnost pokazana u mnoštvu kliničkih studija kod uznapredovalog raka dojke, a odnedavno i kod ranog karcinoma dojke kao adjuvantna terapija.

Tim specijalista će odrediti koje vrste liječenja i kojim redoslijedom primjenjene, su najbolje za svaku određenu ženu.

U velikim kliničkim centrima, posebno univerzitetskim, u okviru istraživanja

provode se kliničke studije, često u suradnji (participaciji) sa drugim svjetskim klinikama. Liječenje u okviru takvih istraživačkih projekata pacijentima omogućava da dobiju savremene, skupocijene lijekove koji inače nisu pristupačni u redovnoj praksi, a njihovo liječenje je pod kontrolom poznatih svjetskih stručnjaka. U razvijenim zemljama sve se više pacijenata liječi u okviru kliničkih studija, a pacijenti dragovoljno prihvataju ovakvo liječenje.

Nakon završenog liječenja, periodičnim kontrolama nadležnog onkologa, prati se zdravlje žene radi njezine sigurnosti, blagovremenog otkrivanja eventualne ponovne pojave bolesti (recidiva) i liječenja. Pretrage koje su potrebne za periodične kontrole podrazumijevaju klinički pregled, osnovne laboratorijske testove krvi i jedamputgodišnja mamografija.

## **6. PREDUSLOVI ZA PROVOĐENJE SKRININGA KARCINOMA DOJKE**

Autori su svjesni postojećih materijalnih, organizacionih i drugih prepreka koje stoje na putu uspješnoj realizaciji prevencije i rane detekcije karcinoma debelog crijeva. Za njihovo otklanjanje:

- Potrebno je stvoriti svijest kod medicinskog osoblja primarne zdravstvene zaštite, prije svega ljekara porodične medicine o mogućnostima, potrebama i važnosti ranog otkrivanja karcinoma dojke. Tome treba da doprinese ova brošura. Pored toga bi bila poželjna dodatna edukacija iz oblasti primarne i sekundarne prevencije malignih tumora.
- Potrebno je unaprijediti inforisanost i povećati svijest žena o važnosti, mogućnostima i značaju preventivnih mjera i pregleda. Tome treba da doprinese materijal pisan za pacijente, kao i edukacija od strane medicinskog osoblja.
- Potrebno je obezbijediti kadrovske i materijalne mogućnosti za obavljanje skrininga, prije svega mamografske aparate, radiološke tehničare i obučene radiologe za kvalitetno obavljanje i interpretaciju nalaza.
- Formirati centre na nivou sekundarne ili tercijerne zdravstvene zaštite za postavljanje definitivne dijagnoze i liječenje karcinoma dojke.
- Stvoriti uslove za ekzaktno i pravovremen patohistološki pregled bioptičkog materijala na nivou sekundarne ili tercijerne zdravstvene zaštite.

## 7. OČEKIVANI EFEKTI SKRININGA KARCINOMA DOJKE

Iako su potrebna određena ulaganja, organizacioni i edukativni napori, stvaranjem preduslova i provođenjem mjera sekundarne prevencije karcinoma dojke bi dugoročno trebalo da se postignu povoljni efekti u zdravstvenoj zaštiti:

1. povećanje broja pacijentica u ranim stadijima bolesti (na osnovu registara i bolničke dokumentacije)
2. poboljšanje rezultata liječenja (na osnovu bolničke dokumentacije i evidencije smrtnosti)

## LITERATURA:

1. Globocan 2002.
2. Jemal A, Taylor M, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 31-44
3. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2005-2006: Atlanta: American Cancer Society Inc. [www. Cancer.org](http://www.Cancer.org)
4. Smith R.A., Cokkinides V., and Eyre H. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 31- 44
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology- v. 2. 2006
6. Breast Screening- A pocket guide ([www. Cancerscreening .nhs.UK](http://www. Cancerscreening .nhs.UK))
7. Smith R. Commentary: breast self examination: do we really know what we think we know? *Br Med J USA* 2003; 327: 168–169.
8. Moss S. A trial to study the effect on breast cancer mortality of annual mammographic screening in women starting at age 40. Trial Steering Group. *J Med Screen* 1999;6:144–148
9. Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;4:CD001877. [[Medline](#)]
10. Tabár L, Smith RA, Duffy SW. Update on effects of screening mammography. *Lancet* 2002;360:337; 339–340.
11. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, et al. Long-term effects of mammography screening: Updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002; 359: 909–919
12. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTG) .Favourable and unfavourable effects on long-term survival of irradiation for early breast cancer: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2000; 355 (9217): 1757-1770
13. Fisher B, Anderson S, Braynt J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med.* 2002; 347(16): 1233-1241.)
14. Ragaz J, Olivetto IA, Spinelli JJ, et al. Locoregional radiotherapy in patients with high-risk breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: 20-year results of the British Columbia randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2005; 97 (2): 116-126)
15. Early Breast Cancer Collaborative Group (EBCTG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005, 365, 1687-1717.1



AKAZ - Agencija za kvalitet i  
akreditaciju u zdravstvu u FBiH  
Dr Mustafe Pintola 1,  
71000 Sarajevo, BH  
fax 387 33 762-225  
tel. 387 33 762-226  
[akaz@akaz.ba](mailto:akaz@akaz.ba); [www.akaz.ba](http://www.akaz.ba)