

Wstęp: Rak piersi u kobiet jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w Polsce. W 2003 r. zarejestrowano 11 733 nowe zachorowania. Najbardziej skuteczną metodą walki z rakiem piersi jest przeprowadzenie masowych, dobrze zorganizowanych badań przesiewowych.

Cel pracy: Celem pracy była wczesna analiza programu badań profilaktycznych w kierunku raka piersi w powiecie sierpeckim w latach 2004–2005.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji Pracowni Radiologii Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu. Badanie profilaktyczne w kierunku raka piersi obejmowało badanie fizykalne piersi oraz mammograficzne.

Wyniki: Badaniu poddano 1291 kobiet, najwięcej z nich było w wieku 50–55 lat (średnia 57,1 roku). Najliczniejszą grupę stanowiły mieszkanki miasta. Prawie połowa kobiet zaczęła miesiączkować w wieku 14–15 lat. Wiek ostatniej miesiączki najczęściej zawierał się między 46. a 50. rokiem życia. Średnia liczba przebytych porodów wyniosła 2,4. Pierwszy poród najczęściej występował u kobiet w wieku 21–25 lat. Większość kobiet nigdy wcześniej nie przyjmowała hormonów. Samobadanie piersi wykonywało ponad 80% badanych, przy czym ponad połowa (60,8%) robiła to czasami. Badanie piersi przez lekarza ginekologa w ciągu ostatniego roku wykonane miało 22% kobiet. U większości (93,3%) nie występował rak piersi w rodzinie. Najczęściej występującą dolegliwością był ból piersi. Ponad połowa (64,6%) miała wcześniej wykonywaną mammografię. Najliczniejszą grupę (31,1%) stanowiły osoby, u których wykonano mammografię w latach 2003–2004. Utkanie piersi tłuszczowo-gruczołowe w badaniu mammograficznym miała prawie połowa (43,5%) kobiet. Wynik badania mammograficznego u większości (87,1%) badanych był prawidłowy. Zmianę potencjalnie złośliwą w skali BIRADS wykryto u 4 (0,3%) kobiet. **Wnioski:** W latach 2004–2005 przeprowadzono 1291 profilaktycznych badań mammograficznych u 22,3% kobiet, głównie w wieku 50–55 lat, zamieszkujących powiat sierpecki. W badaniu mammograficznym zmianę podejrzaną i potencjalnie złośliwą wykryto u 1,4% kobiet. Raka piersi rozpoznano u 0,7% badanej populacji.

Słowa kluczowe: rak piersi, mammografia, badanie profilaktyczne, analiza retrospektywna.

Wyniki badań profilaktycznych w kierunku raka piersi realizowanych w latach 2004–2005 w powiecie sierpeckim

The results of screening examinations of breast cancer conducted from 2004 to 2005 in Sierpc powiat

Andrzej Nowicki, Agnieszka Miłtecka

Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Rak piersi u kobiet jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach [1–3]. Stanowi najczęstszą przyczynę zgonu z powodu nowotworów złośliwych. W 2003 r. stwierdzono 11 733 nowe zachorowania oraz odnotowano 4942 zgony [4]. Szacuje się, że w 2010 r. liczba zachorowań na raka piersi u kobiet w Polsce będzie wynosiła 17 403, natomiast liczba zgonów 6379 [5].

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w wielu krajach rozwiniętych uzyskano spadek współczynników umieralności z powodu raka piersi, przy stałej rosnącej tendencji do zapadalności na tę chorobę. W Polsce od 2000 r. współczynnik standaryzowany zgonów z powodu raka piersi ustabilizował się, natomiast surowy wzrósł z 22,9 do 25,9 [6].

Najlepszą metodą wykrywania raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania są badania przesiewowe. Polegają one na badaniu mammograficznym kobiet bez objawów klinicznych. Prawidłowo zaplanowany i prowadzony program prowadzi do zmniejszenia umieralności [2]. Metoda ta pozwala wykryć raka piersi we wczesnym stadium zaawansowania. Obecnie jest szeroko rekomendowana jako integralna część rocznego programu zdrowotnego dla kobiet po 50. roku życia [7, 8]. Kontynuację badania zaleca się tak długo, dopóki przewidywany czas przeżycia kobiety wynosi przynajmniej 10 lat [9]. Badania wykazują, że całkowity koszt wykrycia i leczenia chorych ujawnionych w badaniu przesiewowym jest 7-krotnie niższy niż koszt leczenia, gdy rak ujawnił się klinicznie.

Przesiewowe badania mammograficzne zostały wprowadzone w najbardziej rozwiniętych krajach świata w latach 70. XX w. Regularne badania mammograficzne populacji kobiet w określonym w przedziale wiekowym pozwalają wykryć większość przypadków raka we wczesnym stadium zaawansowania, co w efekcie prowadzi do zmniejszenia umieralności [10].

Korzystny wpływ skryningu na zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi został już udowodniony. W badaniach przeprowadzonych w ramach Programu Ubezpieczeń Zdrowotnych w Nowym Jorku w latach 1963–1977 stwierdzono 30-procentowy spadek umieralności [10].

Warunkiem racjonalnego programu skryningowego jest możliwość monitorowania i oceny badań zgodnie z przyjętymi standardami jakości. Czynniki, takie jak charakter populacyjny, powiązanie z rejestrem nowotworów, prowadzenie zgodnie z wytycznymi, systematyczna kontrola jakości badań i efektywności, określają prawidłowość prowadzenia programu.

Zalecenia komisji ekspertów Unii Europejskiej i doświadczenia innych krajów realizujących programy tego typu pokazują, że grupa wiekowa objęta skryningiem mieści się w przedziale 50–69 lat, a interwał czasowy między kolejnymi badaniami wynosi z reguły 2 lata [11].

Background: Breast cancer is one of the most common malignant neoplasms among women in Poland. 11733 new cases were registered in 2003. Well organized screening examinations are the most effective method of fighting against breast cancer.

Aim of study: The main objective of this work was a preliminary analysis of a prophylactic examination programme for breast cancer in Sierpc district performed by the Independent Unit of Public Health Care Centres in Sierpc during the period of 2004 to 2005.

Material and methods: The research was performed based on retrospective analysis of files obtained from the Department of Radiology of the Independent Unit of Public Health Care Centres in Sierpc. Prophylactic examination for detection of breast cancer includes physical examination of the breast as well as mammography.

Results: The research includes 1291 women, most of them at age 50–55 years (57.1 years on average). City residents represent the biggest group of women. Nearly half of women had their first menstruation at the age of 14 to 15 years. The last menstruation occurred at age between 46 and 50 years old most frequently. The average number of labours was 2.3 and 2.5 during the analyzed period. The first labour occurred most frequently in women at the age of 21 to 25 years old. Most of the women never took previously and still do not take hormonal medicines. 80% of women have done breast self examination but over half of them (60.8%) did it occasionally. Breast examination done by a gynaecologist was performed in 22% of women during the last year. Breast cancer did not occur among family members in most of the analyzed women. Breast pain was the most frequent complaint. Over half of women (64.6%) previously underwent mammography. The biggest group among them (31.1%) includes women who had mammography between 2003 and 2004. Adipose-glandular breast texture was detected in near half of women (43.5%). The result of mammography was normal in most analyzed women (87.1%). A potentially malignant lesion according to the BIRADS scale was shown in four (0.3%) women.

Conclusions: 1291 prophylactic mammographies were performed in 22.3% of women at age 50–55 years old, mainly in Sierpc district during 2004 to 2005. Suspected or potentially malignant lesions were detected in mammography in 1.4% of women. Breast cancer was diagnosed in 0.7% of the examined population.

Key words: breast cancer, mammography, prophylactic examination, retrospective analysis.

W Polsce standardy w ramach realizacji Programu Banku Światowego w pełni osiągnięto 6 ośrodków skryningu mammograficznego. Według Narodowego Programu Skryningu Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy do 2010 r. ma powstać co najmniej 49 ośrodków modelowych (czyli przynajmniej 1 w każdym województwie). Usytuowanie ośrodków badań w dawnych miastach wojewódzkich zostało uwarunkowane istnieniem tam infrastruktury onkologicznej, niezbędnej dla dalszego diagnozowania oraz ewentualnego leczenia.

Celem pracy była analiza programu badań profilaktycznych raka piersi za pomocą mammografii, realizowanych w latach 2004–2005 w powiecie sierpeckim.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji Pracowni Radiologii Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu (SPZZOZ), w którym realizowano *Populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej*. Wykorzystano ankiety skonstruowane do celów programu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rekrutacja kobiet do programu następowała przez rozmieszczenie ogłoszeń na terenie SPZZOZ, w powiatowych ośrodkach zdrowia, nagłośnienie w lokalnych mediach (prasa, telewizja) oraz w parafiach. Program dotyczył kobiet badanych w latach 2004–2005 w wieku 50–69 lat, u których rak piersi nie został wcześniej wykryty i które nie miały wykonywanych badań mammograficznych w ciągu ostatnich 24 mies. Badaniem objęto 1291 kobiet. W 2004 r. było ich 300, a w 2005 r. – 991. Średnia wieku badanych wyniosła 57,1 roku. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 30.06.2005 r. powiat sierpecki zamieszkiwały 5782 kobiety w wieku 50–69 lat. Informacje dotyczące rozpoznania raka piersi uzyskano z Poradni Onkologicznej w Płocku.

W trakcie mammografii (MMG) wykonywano po 2 zdjęcia każdej piersi (skośne i kраниokaudalne) aparatem firmy Sylvia Gilardoni, dwuogniskowym, z anodą molibdenową o zakresie napięcia 22–39 kV i częstotliwości 80 kHz. Badania MMG były opisywane przez przeszkolonego radiologa i oceniane wg 5-stopniowej skali BIRADS (ang. *Breast Imaging Reporting and Data System*), w której stopień:

- 1. – oznaczał normę,
- 2. – zmianę łagodną,
- 3. – zmianę prawdopodobnie łagodną,
- 4. – zmianę podejrzaną,
- 5. – zmianę złośliwą.

Dodatkowo opis zawierał informacje o utkaniu piersi, wynik, opis wyniku i dalsze zalecenia. W przypadku wykrycia zmian, które nie odpowiadały cechom *normy*, pacjentki były kierowane do Poradni Onkologicznej w Płocku w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

Otrzymane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej, w której użyto programu Excel, wchodzącego w skład pakietu Microsoft Office. Obliczono wartości liczbowe i procentowe. W celu zbadania istnienia związku między zmiennymi zastosowano statystyki nieparametryczne – korelacje Spearmana. W badaniu przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badanie zostało przeprowadzone po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Wyniki

Charakterystykę badanych przedstawiono w tab. 1.

Badaniu poddano łącznie 1291 kobiet – 300 (23,2%) w 2004 r. oraz 991 (76,8%) w 2005 r. Wszystkie kobiety były w wieku 50–69 lat (średnia wieku 57,1 roku). Najwięcej, bo 589 (45,6%), było w przedziale wiekowym 50–55 lat. W badaniach wzięło udział 777 (60,2%) kobiet, które były mieszkankami miasta.

Tabela 1. Charakterystyka badanych
Table 1. Characteristics of patients

		2004		2005		Razem		p
		n	%	n	%	n	%	
wiek	50–55	151	50,3	438	44,2	589	45,6	NS
	56–60	71	23,7	293	29,6	364	28,2	
	61–65	49	16,3	170	17,2	219	17	
	66–69	29	9,7	90	9,1	119	9,2	
miejsce zamieszkania	wieś	79	26,3	435	43,9	514	39,8	NS
	miasto	221	73,7	556	56,1	778	60,2	
wiek pierwszej miesiączki	9–11	13	4,4	27	2,7	40	3,1	NS
	12–13	80	26,6	241	24,3	321	24,8	
	14–15	147	49	462	46,6	609	47,2	
	16–17	46	15,3	217	21,9	263	20,4	
	18–21	13	4,4	44	4,4	57	4,5	
	brak danych	1	0,3	0	0	1	0,1	
wiek ostatniej miesiączki	do 30	1	0,3	1	0,1	2	0,2	NS
	31–35	1	0,3	4	0,4	5	0,4	
	36–40	9	3	31	3,1	40	3,1	
	41–45	27	9	96	9,7	123	9,5	
	46–50	125	41,7	416	42	541	41,9	
	51–55	123	41	405	40,9	528	40,9	
	56–60	14	4,7	38	3,8	52	4	
liczba porodów	0	16	5,3	40	4	56	4,3	NS
	1	32	10,7	85	8,6	117	9,1	
	2	128	42,7	429	43,3	557	43,1	
	3	89	29,7	271	27,3	360	27,9	
	4	24	8	107	10,8	131	10,1	
	5	8	2,7	41	4,1	49	3,8	
	6	2	0,7	12	1,2	14	1,1	
	7	0	0	2	0,2	2	0,2	
	8	1	0,3	2	0,2	3	0,2	
	9	0	0	1	0,1	1	0,1	
brak danych	0	0	1	0,1	1	0,1		
wiek pierwszego porodu (lata)	do 20	82	27,3	254	25,6	336	26	NS
	21–25	171	57	568	57,3	739	57,2	
	26–30	24	8	99	10	123	9,5	
	31–35	2	0,7	25	2,5	27	2,1	
	powyżej 36. roku życia	2	0,7	4	0,4	6	0,5	
	brak danych	19	6,3	41	4,1	60	4,6	

NS – nieistotnie statystycznie

Badania

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które zaczęły miesiączkować w wieku 14–15 lat, było ich 609 (47,2%). Ostatnia miesiączka wystąpiła między 46. a 50. rokiem życia u 541 (41,9%). Najmniej liczną grupę stanowiły 2 (0,2%) kobiety, które podały wiek ostatniej miesiączki poniżej 30. roku życia (tab. 1.).

Wśród badanych 557 kobiet (43,1%) zgłosiło 2 przebyte porody. Największą liczbę porodów – 9 (0,1%) miała kobieta badana w 2005 r. Badane najczęściej zgłaszały przebyte pierwsze porody w wieku 21–25 lat – informację taką podało 739 osób (57,2%) (tab. 1.). Kobiet, które nie przyjmowały żadnych preparatów hormonalnych, było 994 (73,1%). Znamienne więcej kobiet w 2005 r. przyznało, że nie przyjmowało preparatów hormonalnych w przeszłości ($p < 0,05$). Kobiet, które w trakcie badania nie stosowały żadnych preparatów hormonalnych, było 1083 (83,9%) (tab. 2.).

Samobadanie piersi wykonywały 1042 kobiety (80,7%). Na pytanie o częstość badania piersi odpowiedzi *czasami*

udzieliło 785 kobiet (60,8%), *co miesiąc* 252 (19,5%), natomiast 254 (19,7%) nie odpowiedziały na to pytanie. W ciągu ostatniego roku 284 (22%) kobiety przeszły badanie piersi przez ginekologa (tab. 3.).

U 87 badanych występował rak piersi w rodzinie, w 33 (37,5%) przypadkach u siostry i w 26 (29,5%) u matki (tab. 4.).

Najczęstszą dolegliwością był ból piersi, który odczuwało 79 (6,1%) kobiet. Najrzadziej – u 3 (0,2%) badanych – występowały zmiany na skórze piersi. Informację o wcześniej wykonywanej mammografii zgłosiły 834 kobiety (64,6%). Kobiet, które miały ostatnią mammografię w latach 2003 i 2004, było 259 (31,1%) (tab. 5.).

Najczęściej, bo u 562 (43,5%) kobiet występowało utkanie piersi tłuszczowo-gruczołowe. U 1124 kobiet (87,1%) wynik mammografii określono jako mieszczący się w normie. Ogólnie zmianę potencjalnie złośliwą wykryto u 4 (0,3%) badanych (tab. 6.).

Zalecenie kontrolnego badania mammograficznego za 2 lata otrzymało 1012 (78,4%) kobiet. Dalszą diagnostykę

Tabela 2. Przyjmowanie preparatów hormonalnych
Table 2. Taking hormonal medicines

		2004		2005		Razem		p
		n	%	n	%	n	%	
w wywiadzie	nie	204	68	740	74,7	944	73,1	<0,05
	tak	93	31	244	24,6	337	26,1	
	brak danych	3	1	7	0,7	10	0,8	
obecnie	nie	253	84,3	830	83,8	1083	83,9	NS
	tak	44	14,7	156	15,7	200	15,5	
	brak danych	3	1	5	0,5	8	0,6	

NS –nieistotne statystycznie

Tabela 3. Badanie piersi
Table 3. Breast examination

		2004		2005		Razem		p
		n	%	n	%	n	%	
samobadanie piersi	tak	249	83	793	80	1042	80,7	NS
	nie	51	17	197	19,9	248	19,2	
	brak danych	0	0	1	0,1	1	0,1	
częstość samobadania piersi	co miesiąc	54	18	198	20	252	19,5	NS
	czasami	195	65	590	59,5	785	60,8	
	brak danych	51	17	203	20,5	254	19,7	
badanie piersi przez lekarza ginekologa w ostatnim roku	nie	240	80	764	77,1	1004	77,8	NS
	tak	60	20	224	22,6	284	22	
	brak danych	0	0	3	0,3	3	0,2	

NS –nieistotne statystycznie

Tabela 4. Wywiad rodzinny raka piersi
Table 4. Family medical history of breast cancer

		2004	2005	Razem w grupach	Razem
występowanie raka w rodzinie	tak	23	64	–	87
matka	do 50 lat	3	3	6	26
	powyżej 50 lat	6	14	20	
siostra	do 50 lat	5	12	17	33
	powyżej 50 lat	3	13	16	
inna osoba*	do 50 lat	2	10	12	29

*wymieniono ciotkę, siostrzenicę, babkę zarówno ze strony matki, jak i ojca

i konsultację onkologiczną zalecono łącznie 27 kobietom (2,1%), w 2004 i 2005 r. było ich odpowiednio 10 (3,3%) i 17 (1,7%). Znamiennie częściej zalecono dalszą diagnostykę kobietom w roku 2004 ($p < 0,05$) (tab. 6.).

Na podstawie informacji uzyskanej w Poradni Onkologicznej w Płocku, do której kierowano kobiety z nieprawidłowym wynikiem badania mammograficznego, ustalono, że potwierdzenie raka uzyskano u 9 (0,7%) kobiet.

Dyskusja

Metodą w znacznym stopniu umożliwiającą wykrycie zmian patologicznych w piersi jest mammografia. *American College of Preventive Medicine* rekomenduje wykonywanie mammografii w 2 projekcjach, co 2 lata, u kobiet w wieku 50–69 lat z grupy niskiego ryzyka, natomiast co roku u kobiet z grupy wysokiego ryzyka [12, 13]. Wykrycie nowotworu we wczesnej, przedklinicznej fazie ma większe znacze-

nie dla poprawy rokowania niż jakakolwiek kombinacja metod leczniczych w późniejszej fazie choroby [14].

Prezentowane badanie przeprowadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji Pracowni Radiologii Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu. W latach 2004–2005 był realizowany *Populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej*. Badania prowadzone na świecie, m.in. w Kanadzie, Szwecji i Szwajcarii, obejmują duże grupy populacji, a obserwacja programu skryningowego trwa wiele lat [8, 15, 16]. Rekrutacja następuje poprzez zorganizowany i dokładnie monitorowany system aktywnych zaproszeń. Przedział wiekowy kobiet zależy od wytycznych danego kraju. Rekrutacja do uczestnictwa w programie, który był organizowany w powiecie sierpeckim, nastąpiła przez ogłoszenia w lokalnych mediach, zakładach pracy oraz parafiach. W modelowym skryningu raka piersi rekrutacja oparta jest

Tabela 5. Wywiad odnośnie dolegliwości, zmian w piersiach i mammografii**Table 5.** History data regarding complaints, lesions in breast and in mammography picture

		2004		2005		Razem	
		n	%	n	%	n	%
dolegliwości i zmiany w piersiach	ból	9	3	70	7,1	79	6,1
	guzek, zgrubienie	8	2,7	28	2,8	36	2,8
	wciągnięcie brodawki	1	0,3	11	1,1	12	0,9
	wyciek z brodawki	1	0,3	9	0,9	10	0,8
	zmiany na skórze	2	0,7	1	0,1	3	0,2
	mastopatia	12	4	8	0,8	20	1,5
	inne zmiany*	6	2	47	4,7	53	4,1
wcześniejsze wykonanie mammografii	tak	204	68	630	63,6	834	64,6
	nie	96	32	361	36,4	457	35,4
rok wykonania ostatniej mammografii	1990	1	0,5	1	0,2	2	0,2
	1994	3	1,5	0	0	3	0,4
	1995	1	0,5	12	1,9	13	1,6
	1996	4	2	3	0,5	7	0,8
	1997	0	0	11	1,8	11	1,3
	1998	1	0,5	17	2,7	18	2,2
	1999	17	8,3	26	4,1	43	5,2
	2000	30	14,7	65	10,4	95	11,4
	2001	47	23	108	17,2	155	18,6
	2002	71	34,8	155	24,7	226	27,2
2003–2004	29	14,2	230	36,6	259	31,1	

*kobiety wymieniały zmiany, które nie były wcześniej sformułowane

Tabela 6. Badanie mammograficzne**Table 6.** Mammography

		2004		2005		Razem		p
		n	%	n	%	n	%	
utkanie piersi	tłuszczowe	131	43,7	425	42,9	556	43,1	NS
	tłuszczowo-gruczołowe	133	44,3	429	43,3	562	43,5	
	gruczołowe	9	3	35	3,5	44	3,4	
	gruczołowo-tłuszczowe	27	9	99	10	126	9,8	
	brak danych	0	0	3	0,3	3	0,2	
wynik badania w skali BIRADS	norma	257	85,7	867	87,5	1124	87,1	NS
	zmiana łagodna	27	9	95	9,6	122	9,5	
	zmiana prawdopodobnie łagodna	8	2,7	18	1,8	26	2	
	zmiana podejrzana	7	2,3	7	0,7	14	1,1	
	zmiana złośliwa	1	0,3	3	0,3	4	0,3	
	brak danych	0	0	1	0,1	1	0,1	
	zalecenia po badaniu	kontrolne badanie za 2 lata	213	71	799	80,6	1012	
kontrolne badanie za rok		50	16,7	146	14,7	196	15,2	
wskazana dalsza diagnostyka		27	9	28	2,8	55	4,3	
wskazana dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna		10	3,3	17	1,7	27	2,1	
brak danych		0	0	1	0,1	1	0,1	

NS –nieistotne statystycznie

na aktywnym systemie zapraszania kobiet na badania oraz kontroli zgłaszalności, która powinna przekroczyć 60–70% [5]. Imienne zaproszenia z propozycją 2 terminów badania do wyboru są wysyłane pocztą. W przypadku niezgłoszenia się kobiety na mammografię zaproszenie zostaje wysłane ponownie po upływie 6 mies., wraz z ankietą dotyczącą przyczyn rezygnacji z badania [5]. Niestety, analizowany przez autorów program nie spełniał tych warunków.

Ważnym zagadnieniem oceny badań mammograficznych jest ich jakość. W wytycznych narodowego programu skryningu raka piersi i raka szyjki macicy zapisano, że jakość badań może być zagwarantowana przez ośrodek, który spełnia określone wymogi, w tym wykonuje powyżej 10 tys. mammografii rocznie [17]. Tutaj warunkiem realizacji badań mammograficznych, określonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, było wykonywanie min. 2 tys. badań rocznie [12].

Nie było to zgodne z przedstawionym standardem. Do badania mammograficznego w powiecie sierpeckim przystąpiło 1291 kobiet w wieku 50–69 lat, co stanowiło jedynie 22,3% kobiet w tym przedziale wiekowym. Od października do grudnia 2004 r. badaniem zostało objętych tylko 300 kobiet (badania wykonywane były przez 3 mies., średnio miesięcznie wykonywano 100 badań), zaś w 2005 r. 991 kobiet (badania wykonywano przez 11 mies., średnio po 90 badań). Istotnym czynnikiem mającym wpływ na podjęcie decyzji o poddaniu się przez kobiety badaniom przesiewowym jest ich wiek. Kobiety młodsze są bardziej świadome zagrożeń zdrowotnych i dlatego ich udział w badaniach profilaktycznych jest większy niż kobiet starszych. Średnia wieku kobiet uczestniczących w przedstawionym badaniu wynosiła 57,1 roku. Podobnie u innych autorów średnia wieku wynosiła 57,8 roku [17]. Najbardziej liczną grupę stanowiły badane w wieku 50–55 lat (45,6%) oraz 56–60 (28,2%). Natomiast u innych autorów w grupie wiekowej 50–54 lata było 24,5% kobiet i w grupie 55–59 lat – 13,6% [18].

Największy wpływ na zgłaszalność ma miejsce zamieszkania. Większość kobiet była mieszkankami miasta. Przyczyny tego mogą być wielorakie, m.in. wiedza na temat badań profilaktycznych, postawa wobec zdrowia, łatwiejszy dostęp do ośrodka organizującego badanie (liczy się tu czas dotarcia do ośrodka oraz związane z tym koszty). W innych badaniach również ponad połowa kobiet była mieszkankami miasta [10].

Czynnikiem ryzyka raka piersi jest m.in. wczesny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki [1]. W analizowanym badaniu prawie połowa kobiet deklaruowała wystąpienie pierwszej miesiączki między 14.–15. rokiem życia, a tylko 3% kobiet między 8.–11. rokiem życia. Menopauza w późnym wieku predysponuje do wystąpienia raka piersi [1]. Ostatnią miesiączkę w wieku 56–60 lat miały tylko 52 (4%) badane. Prawie połowa kobiet przeżyła średnio 2 porody. Ryzyko wystąpienia raka piersi rośnie u kobiet, które rodzą pierwsze dziecko po 30. roku życia. Uczestniczki badania najczęściej podawały, że pierwszy poród odbył się między 21. a 25. rokiem życia.

Hormonalna terapia zastępcza oraz antykoncepcja hormonalna, szczególnie długo stosowana u młodych kobiet, są również czynnikami ryzyka. Takie postępowanie zwiększa gęstość mammograficzną piersi, co może wpłynąć na czułość badania. Zalecana jest krótkotrwała (2–3-tygodniowa), indywidualnie dobrana przerwa w leczeniu. W opisywanym badaniu 3/4 kobiet w przeszłości i obecnie nie przyjmowało żadnych preparatów hormonalnych. Samobadanie piersi wykonywała większość kobiet (80,7%). Prawdopodobnie osoby biorące udział w badaniu miały stosunkowo dużą wiedzę na temat raka piersi z ogólnie dostępnych źródeł, takich jak broszury, reklamy telewizyjne, liczne kampanie i programy skierowane do kobiet. U innych autorów samobadanie również wykonywała duża grupa badanych (63%) [10, 19].

W wytycznych Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących profilaktyki raka piersi istnieje zalecenie badania palpacyjnego piersi przez lekarza podczas badania położniczo-ginekologicznego [20]. Tylko 1/4 kobiet biorących udział w badaniu deklaruowała, że miała wykonane badanie piersi przez lekarza w ciągu ostatniego roku. Tak mała liczba badanych kobiet ma prawdopodobnie związek m.in. ze zbyt krótkim czasem kontaktu lekarza z pacjentką i w związku z tym zaniechaniem badania.

Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta u kobiet, u których rak wystąpił wśród krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka). Rośnie ono wraz z liczbą chorych krewnych, a także, gdy krewnie zachorowały przed menopauzą. W analizowanym materiale rak piersi wśród krewnych pierwszego stopnia w wieku do lat 50 wystąpił u nielicznych kobiet.

Niewielka liczba kobiet wśród dolegliwości lub zmian w piersiach najczęściej wskazywała na ból piersi i mastopatię. Wydaje się, że nieprawidłowo połączono w ankiecie dolegliwości wraz ze zmianami w piersi, które ocenia się na podstawie badania fizykalnego i badań obrazowych.

W zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu zmian w obrębie piersi konieczna jest aktywna postawa kobiet. W Polsce badania mammograficzne są najczęściej wykonywane w ramach badań profilaktycznych, a nie skryningowych. Ponad połowa kobiet uczestniczących w badaniu miała wcześniej mammografię. U innych autorów również prawie połowa kobiet (47%) miała wykonaną mammografię przed zorganizowanym profilaktycznym badaniem [10]. Jedna trzecia kobiet ostatnią mammografię wykonała w 2002 r. Według innych autorów badanie mammograficzne w ciągu ostatnich 3 lat deklaruowała prawie połowa badanych [10]. Według zasad organizacji badań, kobiety nie powinny mieć wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 mies.

Wraz z wiekiem oraz zależnie od stanu hormonalnego kobiety zmienia się zawartość tkanki gruczołowej piersi. Z upływem lat wzrasta objętość tkanki tłuszczowej. Wysoka gęstość radiologiczna piersi utrudnia interpretację mammografii, dlatego najkorzystniej jest przeprowadzać badania skryningowe po 50. roku życia [21]. W tym badaniu prawie połowa kobiet miała tłuszczowo-gruczołową budowę piersi, w innych – ponad połowa badanych [18].

Wynik badania mammograficznego był określany według skali BIRADS [22]. U większości kobiet obraz mammograficzny był w normie. Podobny wynik uzyskali inni autorzy [29]. Zmianę opisaną jako potencjalnie złośliwą w badaniu mammograficznym wykryto u 0,3%, u innych taki wynik miało tylko 0,12% kobiet [19].

Zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym wykonania mammografii za 2 lata, otrzymały prawie wszystkie kobiety. Dalsza diagnostyka (USG, BAC, biopsja chirurgiczna) konieczna była u 6,4% kobiet. Raka wykryto u 0,7% badanej populacji. W badaniach profilaktycznych u innych autorów rak piersi został wykryty u 0,45–1,3% kobiet [18, 19, 23, 24].

Porównując badania wykonane w latach 2004 i 2005, różnice dotyczyły przyjmowania w przeszłości przez kobiety preparatów hormonalnych oraz zaleceń po badaniu mammograficznym. Znamienne więcej kobiet w 2005 r. podało, iż nigdy nie przyjmowało preparatów hormonalnych. Częściej zalecano dalszą diagnostykę kobietom w 2004 r.

Do realizacji celu pracy wykorzystano dane, które pochodziły z ankiet wypełnianych odręcznie przez kobiety. Nie istniała baza w formie zapisu elektronicznego, nie monitorowano dalszych losów kobiet, u których wykryto raka. Na koniec nie analizowano i nie oceniano przeprowadzonych badań bez kontroli jakości.

Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że badanie profilaktyczne w kierunku wykrycia raka piersi nie było wykonywane zgodnie z założeniami skryningu onkologicznego.

nego. Celem skryningu jest obniżenie wskaźnika umieralności na raka piersi, a warunkiem jego skuteczności jest masowość, długoterminowość i dobra jakość. Zdrowotne efekty skryningu pojawiają się po wielu latach od jego wprowadzenia, a wpływ tych działań na wskaźniki umieralności może być widoczny pod warunkiem masowego uczestnictwa. Według badań własnych i innych autorów dotychczasowy sposób realizacji tego programu w Polsce, mimo przeznaczenia dużych środków finansowych, nie pozwoli osiągnąć głównego celu, jakim jest obniżenie umieralności [18, 21].

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi musi precyzyjnie określać populację, w jakiej ma być wdrożony i powinien być konsekwentnie realizowany w tej samej populacji przez co najmniej 8–10 lat [11]. Cechy tego programu wskazywały, iż nie był to skryning, tylko badanie profilaktyczne. Program realizowany jest na podstawie corocznych przetargów na jego realizację, w związku z tym w kolejnych latach obejmuje różne populacje kobiet i realizowany jest przez różne ośrodki. Do niedawna w Polsce nie istniał ogólnokrajowy, obligatoryjny, rządowy program, który obejmowałby zasady prowadzenia zarówno mammograficznych, jak i cytologicznych badań przesiewowych [25]. W wyniku tych działań istniała organizacyjna dowolność. Taki sposób realizacji programu nie mógł przynieść oczekiwanych i mierzalnych efektów, ponieważ skryning odbywający się w oderwaniu od podstawowych wymogów metodologicznych nie ma szans osiągnąć zakładanego poziomu skuteczności [17]. Problem ten nie dotyczy tylko badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka piersi, podobnie realizowane i finansowane są z różnych źródeł, najczęściej lokalnych, inne programy skryningowe, np. w kierunku raka gruczołu krokowego [26].

Badania przesiewowe w kierunku raka piersi realizowane w powiecie sierpeckim nie spełniały przede wszystkim warunku aktywności, populacyjności, powtarzalności, pełnej oceny jakości i efektywności skryningu. Nie istniała elektroniczna baza danych z przeprowadzonych badań. Planowanie i realizacja programu przesiewowego raka piersi muszą być oparte na solidnych podstawach naukowych, zapewnieniu właściwej jakości i odpowiedniej organizacji tych badań i dopiero wtedy zaistnieją szanse na zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka piersi w Polsce [11, 17].

Wnioski

1. W latach 2004–2005 przeprowadzono 1291 profilaktycznych badań mammograficznych u 22,3% kobiet, zamieszkujących powiat sierpecki.
2. Zmianę podejrzaną i zmianę potencjalnie złośliwą wykryto u 1,4% kobiet, natomiast u 0,7% rozpoznano raka piersi.
3. Medyczna baza programu przesiewowego nie zawierała danych w postaci zapisu elektronicznego, która umożliwiłaby szybką analizę i ocenę jakości.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M, Jassem J, Olszewski W. Rak piersi. W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Krzakowski M (red.). PUO, Warszawa 2003.
2. Kleszczewska J. Wczesne rozpoznawanie raka sutka. *Stand Med Lek Rodz* 2004; 10: 1048-50.

3. Altaf FJ. Breast cancer screening. *Saudi Med J* 2004; 25: 991-6.
4. Wojciechowska U, Dzikowska J, Tarkowski W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2005.
5. Wronkowski Z, Zwierko M, Nowacki MP. Zasady i wyniki *Programu modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce, 1999–2000*. *Nowotwory* 2002; 52: 1-157.
6. Wojciechowska U, Dzikowska J, Tarkowski W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2006.
7. Baines CJ. Are there downsides to mammography screening? *Breast J* 2005; 11: 7-10.
8. Feig SA. Screening mammography controversies: resolved, partly resolved, and unresolved. *Breast J* 2005; 11: 3-6.
9. Mincey BA, Perez EA. Advances in screening, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Mayo Clinic Proceed* 2004; 79: 810-6.
10. Bińkowska M, Dębski R. Przesiewowe badania mammograficzne w populacji polskich kobiet w wieku od 45 do 54 lat. *Ginekol Pol* 2005; 11: 871-8.
11. Tyczyński JE. Czy w Polsce można ograniczyć umieralność na nowotwory złośliwe piersi poprzez zorganizowany screening? *Nowotwory* 2002; 6: 523-6.
12. Narodowy Fundusz Zdrowia – Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr 33/2004. Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2004-2005.
13. Barton MB. Breast cancer screening. Benefits, risks, and current controversies. *Postgrad Med* 2005; 118: 27-46.
14. Paszkowski T, Pertyński T, Drop A. Wzrost gęstości mammograficznej piersi jako niepożądany objaw terapii hormonalnej wieku menopauzalnego. *Prz Menopauz* 2006; 2: 109-15.
15. Walter LC, Lewis CL, Barton MB. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. *Am J Med* 2005; 10: 1078-86.
16. Zwahlen M, Bopp M, Probst-Hensch NM. Mammography screening in Switzerland: limited evidence from limited data. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 295-305.
17. Pieńkowski T. Komentarz do artykułu Jerzego E. Tyczyńskiego *Czy w Polsce można ograniczyć umieralność na nowotwory złośliwe piersi poprzez zorganizowany screening?* *Nowotwory* 2002; 52: 528.
18. Nowicki A, Stogowska I. Wczesne wyniki badania profilaktycznego wykrywania raka piersi. *Ginekol Pol* 2007; 78: 464-70.
19. Mierzwa T, Grabiec M. Ocena wyników badań profilaktycznych w kierunku raka piersi w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2001–2003. *Ginekol Pol* 2005; 76: 457-64.
20. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym. *Ginekol Pol* 2005; 76: 339-41.
21. Mańka G, Olejek A. Diagnostyka raka piersi w praktyce lekarza pierwszego kontaktu. *Lekarz* 2005; 10: 98-115.
22. ACR – BI-RADS – Mammography 4th Edition. *Am Col Radiol*, Reston 2003.
23. Wabiszewska E. Ocena programu profilaktycznego wczesnego wykrywania raka piersi zrealizowanego w województwie lubuskim w 2001 roku. *Zdr Pub* 2005; 115: 161-3.
24. Gulczyńska D, Antkowski J, Bierta I i wsp. Ocena pierwszego roku wykrywczych badań mammograficznych przeprowadzonych w ZZOZ SZ MSW w Poznaniu. *Probl Lek* 1996; 35: 219-24.
25. Knapp P, Zbroch T. Masowe badania przesiewowe działające w województwie podlaskim w oparciu o standardy funkcjonujące w Unii Europejskiej – stan obecny i perspektywy na przyszłość. *Przeegl Lek* 2004; 61: 1400-4.
26. Jassem J. Komentarz do artykułu Jerzego E. Tyczyńskiego *Czy w Polsce można ograniczyć umieralność na nowotwory złośliwe piersi poprzez zorganizowany screening?* *Nowotwory* 2002; 52: 527.

Adres do korespondencji

dr hab. med. **Andrzej Nowicki**, prof. UMK
ul. Boruckiego 18
85-799 Bydgoszcz
e-mail: anow1_xl@wp.pl