

Az emlőrák szűrése. A szakma megtesz mindent?

Dr. Szalai Gábor, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Radiológiai Klinika

A szervezett emlőrákszűrés célja az emlőrák okozta mortalitás csökkentése és az életminőség megőrzése. Hazánkban már számos intézetben rutinszerűen végeznek komplex emlődiagnosztikát (néhány intézetben digitális mammográffal) vezérelt vékonytű-aspirációs biopsziával (FTAB), hengerbiopsziával (core biopszia). Elérhetővé vált az emlők MRI-vizsgálata, a pozitronemisziós komputertomográfia (PET CT) is. Magyarországon 2002. óta folyik szervezett országos szűrés, több emlőcentrum jóval régebbi múltra tekint vissza, a megjelenési arány azonban nem éri el az 50%-ot sem. Baranya megyében 1993-tól 2005-ig 37,84%-os volt a mortalitás csökkenése, ami jelentősen meghaladja az országos eredményt. Mindezek ellenére gyakran fordul elő előrehaladott, inoperábilis daganat.

A szerző tanulmányából kiderül, hogy a magyar nők a kívánnál jóval kevesebbet tudnak e betegség kockázati tényezőiről és az önvizsgálat lépéseit alig ismerik. A tanulmány arra is rávilágít, hogy nők távolmaradásának legfontosabb okai: félelem és rettegés a vizsgálat eredményétől, magától a vizsgálatától, sokan pedig nem tartják fontosnak a vizsgálatot. Sajnos az orvosok által adott felvilágosítás elégtelen, a tájékozott hölgyek információkat a médiából és broszúrákból szerzik.

A lakosság átvizsgáltságának, szűréseken való megjelenésének arányát emelheti az orvosok és a média által adott tájékoztatás hatékonyságának jelentős növelése. Tapasztalataink szerint hatékony módszer a Baranya megyében már működő mobil multifunkciós szűrőkamion.

Organized breast cancer screening aims to reduce the mortality rate and to reserve the quality of life. Nowadays in Hungary several institute apply the procedures of the complex breast diagnostic (in some institutes by digital mammography) guided fine needle aspiration biopsy (FTAB) or core biopsy routinely. Breast MRI and PET CT are also available. In 2002 a centrally organized Breast Cancer Screening Program was established inviting women 45-65 years of age to obtain screening mammography biannually. The attendance rate was less than 50%. In the county of Baranya the reduction of mortality between 1993 and 2005 was 37,84%, which is highly better than the national outcomes. In spite of this result inoperable tumours occur fairly frequently.

The authors' study clarifies that Hungarian women's knowledge about risk factors and self-examination is very poor. The most important causes of missing the

examination are: fear and dread from the result of the examination and especially from the procedure, besides, many of them think that the examination is not important. The study proves that the information given by the doctors is not sufficient. The well-informed women gained their information from the media and the patient brochures.

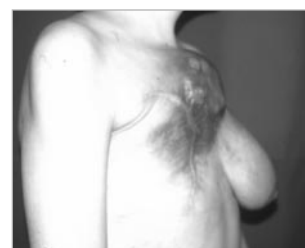
Screening attendance rate could be raised by informing women more efficiently with the help of doctors and the media. According to our experiences an effective method can be the mobile multifunctional screening trailer.



1. ábra



2. ábra



3. ábra

BEVEZETÉS

Talán bevezetésként kezdjük három – kommentárt nem igénylő – elrettentő képpel (1., 2., 3. ábrák), és egy igaz mesével. Tavaly ősszel egy kedves-mosolygós, jól öltözött, idősödő hölgy kereste fel emlődiagnosztikai centrumunkat, meghívóval – a harmadikkal! Azért a harmadikkal, mert úgy

tudta, hogy a szűrés nem kötelező. Azt panaszolta, „valahogy furcsa” az egyik melle, keményebb ugyan, de nem fáj. Évek óta ilyen, de most kisebesedett, vérzik, be is gyulladt, és ha a karját mozgatja, érez valami idegenséget a hóna alatt.

Komplex emlődiagnosztikát végeztünk azonnali kidolgozással (intézetünkben hat éve gyakorlat), másfél órán belül citológiaiailag is alátámasztott, pontos diagnózist és javaslatot is tartalmazó leletet kapott („Nagy kiterjedésű DCIS talaján kialakult, radiológiaiailag malignus, többgócú, konfluáló térfoglaló folyamat az emlőben (valószínűleg high grade, ductalis típus) lymphangitis carcinomatosaival, axilláris áttétekkel”).

Négyszemközt leültünk, hogy megbeszéljük a jelent és a jövőt(?). Sírva mondta, hogy nyolc éve vette észre a csomót a mellében, ami lassan növekedett, de nem fáj. Kérdezte, hogy honnan kellett volna tudnia, mi a jele a ráknak? Hiszen rendszeres újságolvasó-tévé néző, magára gondot fordító ember; nőgyógyászhoz és háziorvosához is rendszeresen jár.

Ma már nem él. Hasonló esetekkel szinte hetente találkozunk, harmincasokkal, huszonévesekkel is.

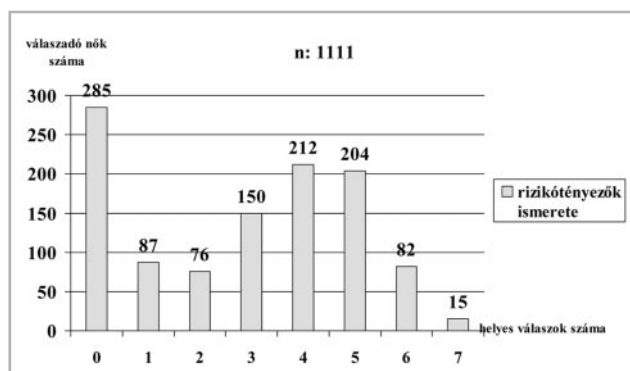
ISMERETEK AZ EMLŐRÁKRÓL

Készítettünk egy tanulmányt 1112 véletlenszerűen kiválasztott hölgy bevonásával. Négyoldalas kérdőívet állítottunk össze, amelyet a mammográfiára érkezők tölthettek ki – név nélkül. Felmértük a magyar nők rizikófaktorait, a tájékozottságukat, azt, hogy milyen forrásból szereztek információkat, mennyire ismerik a kockázati tényezőket és az önvizsgálat lépéseit, az emlődaganatok jeleit – több más információ mellett. Az általuk adott válaszok jól tükrözik a magyar valóságot.

Tudjuk (tudjuk?), hogy vannak életmódbeli „tényezők”, amik növelik az emlőrák előfordulásának gyakoriságát, kockázatát [1-6].

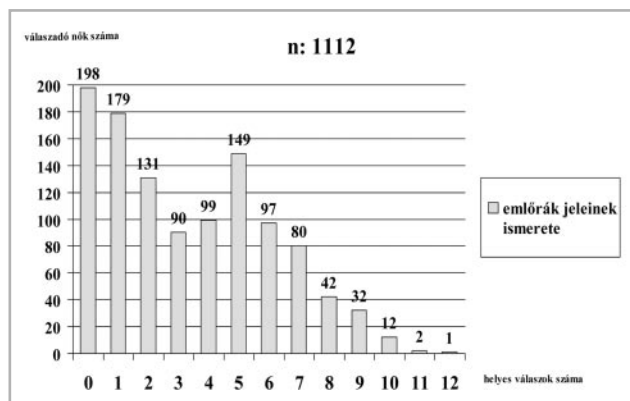
Vajon tudják-e, hogy azok között, akik például sokáig szednek fogamzásgátló tablettát, későn és kevés gyermeket hoznak világra, rövid ideig vagy egyáltalán nem szoptatnak, elhízottak, idősebb korukban a változókort nem korszerű gyógyszerekkel tolják távolabb, gyakrabban fordul elő emlőrák? Nem tudják. Az orvosok, a tanárok, a közgazdászok, az óvónők ugyanúgy nem tudják, mint a segédmunkások, munkanélküliek, fejőnők. A városban élők ugyanúgy nem tudják, mint a falusiak. A megkérdezettek csaknem fele szinte alig ismeri ezeket a tényeket, negyedük egyáltalán nem, negyedük a kérdések nagyobb részére jól válaszolt, de csak 15 (!!!!) hölgy válaszolt minden kérdésre helyesen! (4. ábra)

Tudják-e, hogy az emlőben tapintható kemény, nehezen vagy alig elmozdítható, nem fájdalmas csomó, vagy az emlő bőrének behúzódása, a mellbimbó véres vagy átlátszó váladékozása emlőrák jele lehet? Nem tudják. Az orvosok, a tanárok, a közgazdászok, az óvónők ugyanúgy nem tudják,



4. ábra
A nők ismerete az emlőrák rizikótényezőiről

mint a segédmunkások, munkanélküliek, fejőnők. A városban élők ugyanúgy nem tudják, mint a falusiak. A megkérdezettek csaknem fele szinte alig ismeri ezeket a jeleket, negyedük egyáltalán nem, csak alig harmaduk válaszolt többé-kevésbé jól a kérdésekre. A legmegdöbbentőbb, hogy egyetlen hölgy volt, aki minden kérdésre helyesen válaszolt! (5. ábra)



5. ábra
Az emlőrák jeleinek ismerete

A valódi helyzet azonban rosszabb, hiszen a feltett kérdések eldöntendő kérdések voltak, azaz a rossz válasz nem csupán azt jelenti, hogy a helyes választ nem tudja, hanem azt, hogy rosszul tudja!

Megkérdeztük a nőket arról is, hogy ki világosította fel őket a kockázati tényezőket illetően és ki tanította meg az önvizsgálatot (háziorvos, nőgyógyász, emlődiagnosztá, mammográfiai asszisztens, sebész, vagy a médiából, betegtájékoztatókból szereztek az információikat), kaptak-e bármilyen tájékoztatást, és azt, ha igen, szerintük mennyire értékes felvilágosításban, oktatásban részesültek.

Döbbenetes eredmény, hogy nincs különbség azon rosszul válaszoló hölgyek eredményei között, akik semmilyen felvilágosítást nem kaptak, és azokéi között, akiket mi orvosok tanítottunk! Ráadásul a kérdőívek szerint a nők többsége elégedett volt a felvilágosításainkkal. Kudarcs...

A háziorvosok, a nőgyógyászok, a mammográfusok, a sebészek, az onkológusok, az egész orvostársadalom kudarca.

A helyes választ adó hölgyek többsége a médiából és a betegtájékoztatókból szerezte ismereteit, ez a média sikere, de az eredmény a média kudarca is.

Még egy részlet a tanulmányunkból: Megkérdeztük a hölgyeket, hogy szerintük mi az oka a szűrésre meghívottak távolmaradásának. Kommentár nélkül... (1. táblázat)

Mit gondolnak a nők, hogy milyen okok miatt nem jelentek meg a szűrésen más nők?

- félelem és rettegés a vizsgálat eredményétől (31%)
- nem tartják fontosnak (24%)
- félelem és rettegés a vizsgálatról (18%)

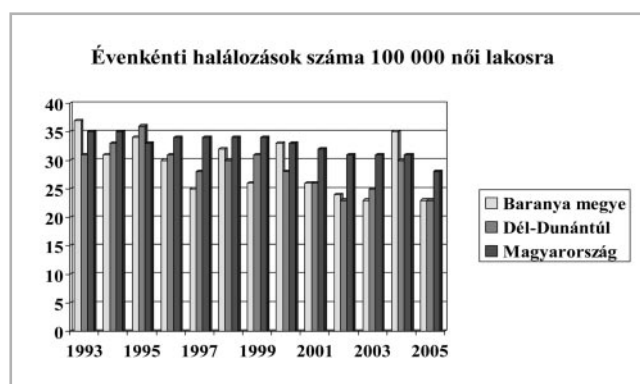
A három leggyakoribb ok összesen 73%

- nincs idejük (7%)
- félelem és rettegés az invazív vizsgálatoktól (7%)
- hosszú várakozási idő (4%)
- nem engedik el munkahelyéről (4%)
- a megbélyegzéstől való félelem (2%)
- a centrumhoz való eljutási nehézségek (1%)
- nem bíznak az egészségügyi ellátórendszerben (1%)
- tartás a barátságtalan légkörtől (1%)

1. táblázat

A szűréstől való távolmaradás okai

Szerény becslések szerint is ma Magyarországon minden tizedik nő élete folyamán emlőrákban betegszik meg; ez a betegség a daganatos halálokok listáján az élmezőnyben van. Baranya megyében 1993. óta csaknem 38%-kal sikerült csökkenteni a mortalitást [7-13] (6. ábra és 2. táblázat).



6. ábra

Emlőrák okozta halálozások (a KSH adatai alapján)

AZ EMLŐRÁK GYÓGYÍTÁSA

Az emlőrák gyógyítható. Ha apró korában, időben felfedezzük, még azelőtt, hogy áttéteket adna. Minél kezdetibb stádiumú, annál kisebb beavatkozással, annál olcsóbban.

Mortalitás csökkenés (1993 és 2005 között, a KSH adatai alapján)

Baranya megye	37,84 %
Dél-Dunántúl	25,81 %
Magyarország	20,00 %

2. táblázat

Mortalitáscsökkenés Magyarországon

[14,15]. Ilyen esetben a nők teljes életű, dolgozó és adófizető állampolgárok lesznek újra. Ha valaki későn kerül orvoshoz, megnyomorított, családját is tönkretévő emberré válik. Annak ellenére, hogy kezelése milliókba kerül, mégis néhány éven belül meghal. Ma már Magyarországon is egyre korszerűbben felszerelt emlőcentrumok működnek, több helyen van már direkt digitális mammográf. A Pécsi Tudományegyetem Térségi Szűrő és Diagnosztikus Központjában (PTE TSZDK) két direkt digitális készülékkel rendelkezünk. Ma már rutin beavatkozásnak számít és megkövetelt a képalkotó módszerrel vezérelt finomtű-aspirációs biopszia és a hengerbiopszia (core biopszia) [16]. Az emlő MRI-vizsgálata egyre inkább rutinná válik, és elérhetővé vált a pozitronemissziós komputertomográfia (PET-CT) is [17-19]. A számítógéppel támogatott diagnosztika (CAD) [20], a terápia célú intervenciós radiológiai megoldások és a modern sebészeti rekonstrukciós műtétek is ma már többé-kevésbé hozzáférhetőek. A technikai feltételek is folyamatosan javultak.

A szakemberek képzettségen is van még javítani való, de ez irányban számos pozitív előrelépést láthatunk. Általánosságban azért kimondható, hogy ma a magyar emlődiagnosztikák jelentős része képes megtalálni a néhány milliméteres daganatokat. De mit ér mindez, ha a nők nem jönnek el a vizsgálatra?!

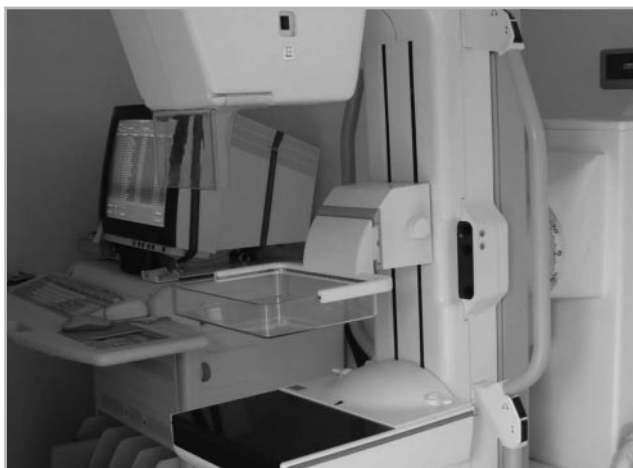
EMLŐRÁKSZŰRÉS

Az országos szervezett emlőrákszűrésre meghívottak alig fele megy el vizsgálatra. Itt persze meg kell jegyezni azt is, hogy számos 45 és 65 év közötti hölgy beutalóval – többségük panasz- és tünetmentesen – jelentkezik „szűrésre“, amit jelenleg nem utasíthat el egyetlen intézet sem. Baranya megyében, ha összeadjuk a szűrésre meghívóval érkezők és a szűrendő korosztályba tartozó, beutalóval érkezők számát, akkor az adott korosztály úgynevezett átvizsgáltsága jóval meghaladja a 80%-ot!

Végül példaként: Baranya megyében az Ormánság területéről a korábbi szűrőkörökben a meghívottak kevesebb, mint tizede jelent meg, ők is többnyire szervezett



7. ábra
A szűrőkamion



8. ábra
A berendezések



9. ábra
Számítógépes diagnosztizálás

buszoztatásnak köszönhetően vettek részt a szűrésen. Ez év tavaszán kezdtük el a kiszállásos szűréseket a TSZDK mobil multifunkciós kamionjával (7., 8., 9. ábra).

A szűrőkamionon direkt digitális tüdőszűrő és direkt digitális mammográf üzemel. Vastagbélrák, szív- és érrendszeri, szemészeti, nőgyógyászati, mozgásszervi és bőrgyógyászati szűrést végzünk, és tervezzük többek között a szájüregi daganatok szűrését is.

A kiszállásaink révén a lakosság jóval nagyobb részét tudjuk megmozgatni és a szűréseken megvizsgálni. A nagyobb érdeklődés háttérében nemcsak a kényelem, a helybe vitt magas szintű szolgáltatás, a jóval kisebb anyagi ráfordítás (útiköltség-megtakarítás) és kevesebb időáldozat, hanem a szolgáltatás komplexitása is szerepet játszik. Szűréseink komplexitása alatt, az 5-6 szakma szakembere-

ivel közösen, összehangoltan végzett, és az adott területre jellemző kiemelt megbetegedések mindegyikére történő lakossági szűrést értjük. Az adott helyre történő kivonulást természetesen óriási szervezőmunka előzi meg, bevonva az önkormányzatok képviselőit, a háziorvosokat, a védőnőket is, beleértve az orvos-beteg találkozókat (tájékoztatás, tanítás, nevelés), szórólapok és plakátok elhelyezését is.

Ezzel a módszerrel például az emlőrákszűrésen a meghívottak legalább fele meg is jelent és a létszámot növelte a közel ugyanennyi nem behívott, de a vizsgálati lehetőséggel élni akaró, beutalóval érkező páciens.

A lehetőség megteremti az esélyegyenlőséget a kisebb falvak, települések lakói számára is, mert minden hiába, ha a csúcstechnikával rendelkező központi kórháztól távol, az ott-hon maradó nő mellében alattomosan növekszik a daganat.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of oestrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomised controlled trial. *JAMA* 2002;288(3):321-33
- [2] Page DL, Jensen RA, Simpson JF, et al. Historical and epidemiologic background of human premalignant breast disease. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2000;5(4):341-9
- [3] Harvey JA, Bovbjerg VE. Quantitative assessment of mammographic breast density: relationship with breast cancer risk. *Radiology* 2004;230(1):29-41
- [4] McTiernan A. Behavioral risk factors in breast cancer: Can risk be modified? *Oncologist* 2003;8(4):326-34
- [5] Lee IM. Physical activity and cancer prevention-data from epidemiologic studies. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(11):1823-7
- [6] Hamajima N, Hirase K, Tajima K, et al; Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002;87(11):1234-45
- [7] Shapiro S, Strax P, Venet L. Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *JAMA* 1971;215:1777-85
- [8] Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjold B, Rutquist LE. Long-term effect of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002;359:909-19
- [9] Andersson I, Aspergen K, Janzon L, Landberg T, Lindholm K, Linell F, et al. Mammographic screening and mortality of breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. *BMJ* 1988;297:943-8
- [10] Duffy SW, Tabar L, Vitak B, Yen MF, Warwick J, Smith RA, et al. The Swedish Two-County Trial of mammographic screening: cluster randomisation and end-point evaluation. *Ann Oncol* 2003;14:1196-8
- [11] Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US. Preventive Services Task Force *Ann Intern Med* 2002;137:347-60
- [12] Fletcher SW, Elmore JG. Mammographic screening for breast cancer. *N Engl J Med* 2003;348:1672-80
- [13] Gabe R, Duffy SW. Evaluation of service screening mammography in practice: the impact on breast cancer mortality. *Ann Oncol* 2005;16(2):153-62
- [14] Benda RK, Mendenhall NP, Lind DS, et al. Breast-conserving therapy (BCT) for early-stage breast cancer. *J Surg Oncol* 2004;85(1):14-27
- [15] Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomised trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N. Engl J Med* 2002;347(16):1233-41
- [16] Wallis M, Tarvidon A, Helbich T, et al. Guidelines from the European Society of Breast Imaging for diagnostic interventional breast procedures. *Eur Radiol* 2006 Sep 30.
- [17] Rieber A, Brambs HJ, Gabelmann A et al., Breast MRI for monitoring response of primary breast cancer to neoadjuvant chemotherapy. *Eur Radiol* 2002;12:1711-9
- [18] Belli P, Constantini M, Malaspina C, et al. MRI accuracy in residual disease evaluation in breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy. *Clin Radiol* 2006;61(11):946-53
- [19] Radan L, Ben-Haim S, Bar-Shalom R, et al. The role of FDG-PET/CT in suspected recurrence of breast cancer. *Cancer* 2006;107(11):2545-51
- [20] Balleyguier C, Boyer B, Athanasiou A, et al. Understanding CAD (computer-aided diagnosis) in mammography. *J Radiol* 2005;86(1):29-35

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Szalai Gábor 1992 óta a Pécsi Tudományegyetem Radiológiai Klinikáján dolgozik, jelenleg egyetemi adjunktusi rangban, a klinika Emlődiagnosztikai Centrumának és a Központi Radiológiai Ambulanciának a vezetője. A TSZDK prevenció munkabizottságának tagja, az emlőszűrés szakmai felelőse és irányítója. Egyéni felkészülésként részt

vesz a PhD-rendszerben, témája: sebészeti beavatkozások kísérletes és klinikai vizsgálata (Mikrooperatív eljárások az invazív radiológia testfelszíni módszereiben).

Az Országos Népegészségügyi program által kiírt emlőrákszűrés nyertes pályázójaként a Baranya megyei emlőrákszűrő centrum (komplex mammográfiás központ) irányítója. A Térségi Szűrő- és Diagnosztikus Központ szervezett emlőrákszűrésének vezetője, a prevenció munkabizottság tagja.