

Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji

Self-examination influence on breast cancer detection. Research conducted in women after breast amputation

Nowicki Andrzej¹, Olszewska Arianna¹, Humańska Marzena²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet w Polsce, stanowi około 20% zachorowań na wszystkie nowotwory i jest przyczyną około 15% zgonów. Rocznie w Polsce stwierdza się 11000 zachorowań. Z powodu raka piersi, co roku umiera 5000 kobiet. Profilaktyka pierwotna i wtórna może zmienić tę niekorzystną sytuację, spowodowaną wzrostem zachorowań. Metodą umożliwiającą wykrywanie raka piersi jest między innymi samobadanie.
Cel pracy: Celem pracy było zbadanie wpływu samobadania na wykrywanie raka piersi u kobiet, które przeżyły operację.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w Oddziale Chorób Piersi w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w okresie od października 2004 do lutego 2005 roku. W badaniu udział wzięło 100 kolejnych pacjentek będących po operacji raka w wieku od 28 do 77 lat (średnia 55,24). Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego stosując ankietę i wykorzystując dokumentację medyczną.

Wyniki: Głównie były to kobiety z wykształceniem średnim, mieszkanki miast, będące na emeryturze lub na rencie. Najwięcej kobiet przeżyło dwa porody i większość z nich karmiła dzieci piersią. Okresowo badania ginekologiczne przeprowadzały prawie wszystkie kobiety, jednakże większość nie miała badanych piersi przez ginekologa. Wiedzę o samobadaniu czerpały z telewizji a najrzadziej przekazywał ją lekarz ginekolog. Zdecydowana większość kobiet dokonywała samobadania piersi, najczęściej jeden raz w miesiącu. Okresowo badanie mammograficzne wykonywała ponad połowa badanych. Samodzielnie guzek w piersi wykryło 72% kobiet.

Wnioski: Samokontrola piersi u kobiet, które przeżyły operację miała wpływ na wykrywanie raka. Stwierdzono, że zarówno wielkość piersi, jak i częstość samobadania nie mają znaczenia w wykrywaniu raka.

Słowa kluczowe: **nowotwory sutka – diagnostyka / nowotwory sutka – profilaktyka / badania retrospektywne / samobadanie piersi**

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most frequent tumor among women in Poland, accounting for about 20% of malignant tumor cases within this population and causing about 15% of all deaths. Annually, there are 11000 cases of breast tumor in Poland, with about 5000 deaths among Polish women. The primary and secondary tumor prevention prophylaxis might change this unfavorable situation as far as the death rate and the increasing number of malignant tumor cases is concerned.

Adres do korespondencji:

Andrzej Nowicki
ul. Boreckiego 18, 85-790 Bydgoszcz
anow1_xl@wp.pl

Otrzymano: 05.07.2006
Zaakceptowano do druku: 26.01.2007

Nowicki A, et al.

One way, among others, to detect breast cancer is self-examination. The aim of the current work was to examine the influence of self-examination on breast cancer detection in women after surgery.

Material and methods: *The research was conducted in the Breast Cancer Ward at Oncology Center in Bydgoszcz, from October 2004 to February 2005. The research was conducted on 100 randomly chosen women, who had undergone tumor surgery, aged from 28 to 77 years old (average 55,24). The research was performed using diagnostic survey method and medical records review.*

Results: *The study group comprised mostly of women with higher education, inhabitants of cities, retired or receiving disability pension. A vast majority of the surveyed women had had two deliveries and their children had been breastfed. Almost all of the study group participants used to have periodic gynecological examinations, however, most of them did not undergo breast examination performed by a gynecologist. They obtained the knowledge about self-examination from TV, as such information was provided by gynecologists very seldom. Most women had performed breast self-examination once a month. Mammography was done in above half of them. 72% of women detected small breast tumor themselves.*

Conclusion: *Self-examination in women after surgery has had a significant influence on tumor detection. It has also been discovered that neither the size of breasts nor the frequency of self-examination are of significance in tumor detection.*

Key words: **breast neoplasms – diagnosis / breast neoplasms – prevention and control / breast self examination / health knowledge**

Wstęp

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet w Polsce. Stanowi około 20% zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe i jest przyczyną około 15% zgonów. Rocznie w Polsce stwierdza się 11000 zachorowań. Z powodu raka piersi co roku umiera 5000 kobiet [1]. Część zachorowań związana jest z poziomem cywilizacyjnym społeczeństwa.

Profilaktyka nowotworów ma na celu zmniejszenie zapadalności i umieralności na nowotwory złośliwe poprzez unikanie czynników ryzyka i promowanie czynników ochronnych. Strategia postępowania w profilaktyce nowotworów obejmuje: zmianę nawyków żywieniowych i zdrowy tryb życia, ocenę predyspozycji genetycznych, unikanie kancerogenów, leczenie zmian przednowotworowych. Wcześniejsze wykrywanie to wykrywanie nowotworów w stadium przedklinicznym, gdy są niemal całkowicie wyleczalne. Jest to podjęcie takich działań, które doprowadzą do wykrycia nowotworu wcześniej, niż ujawniłby się on bez tych działań. W przypadku raka piersi wykrycie go w stadium przedklinicznym daje blisko 100% szans na wyleczenie. Postępowanie takie jest proste, tanie oraz pozwala zachować pierś. Wcześniejsze wykrywanie raka piersi dotyczy kobiet bez objawów choroby, natomiast wczesna diagnostyka oznacza szybkie działania diagnostyczne u kobiet ze stwierdzonymi zmianami w piersi.

Najważniejszą metodą pozwalającą na wykrycie raka piersi w postaci przedinwazyjnej oraz wczesnej inwazyjnej (średnica guza 0,5-2cm) są masowe badania przesiewowe. Podstawowym warunkiem ich powodzenia, a więc zmniejszenia ryzyka zgonu, jest określenie populacji, w której mają one być przeprowadzone, a następnie prowadzenie ich konsekwentnie przez wiele lat [2]. Testem stosowanym w skriningu raka piersi jest mammografia, dzięki której można opisać lokalizację zmiany, jej wielkość w milimetrach, liczbę ognisk i ich charakter, a także obecność zmian w skórze, tkance podskórnej i w obrębie brodawki. Do metod umożliwiających wcześniejsze wykrywanie raka piersi zaliczamy również badanie palpacyjne przeprowadzane przez lekarzy pierwszego kontaktu i ginekologów przynajmniej jeden raz w roku, a także samobada-

Według niektórych autorów samokontrola piersi prowadzona systematycznie może przyczynić się w znacznym stopniu do obniżenia umieralności z powodu raka piersi [7, 6, 8]. Z tego powodu zaleca się wykonywanie jej począwszy od 20 roku życia, raz w miesiącu, najlepiej tydzień po miesiączce, gdy piersi nie są obolałe lub obrzmiałe. Kobiety w okresie przekwitania powinny kontrolować swoje piersi w te same dni każdego miesiąca. Samobadanie powinno być przeprowadzane dokładnie i bez pośpiechu. Powinno obejmować oglądanie piersi w lustrze oraz badanie dotykowe, zarówno w pozycji stojącej jak i leżącej [9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena czy samobadanie piersi, częstość badania, wielkość piersi mają wpływ na wykrywanie raka u kobiet, które później zostały poddane amputacji piersi.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Oddziale Chorób Piersi Centrum Onkologii w Bydgoszczy w okresie od października 2004 do lutego 2005 roku. W badaniu udział wzięło 100 losowo wybranych pacjentek w wieku od 28 do 77 lat (średnia wieku – 55,2 lata), będących po amputacji piersi. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego w ramach, którego zastosowano ankietę. Zgodę na badania wyraziła Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Zestawienie wyników badań, uzyskanych z ankiety poddano analizie w celu uzyskania odpowiedzi, czy istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi zmiennymi. Relacje te określono przy pomocy korelacji Pearsona oraz przekroju i prostej Anova należącej do grupy statystyk opisowych z podziałem na grupy. Obliczeń dokonano z zastosowaniem oprogramowania komputerowego Microsoft Excel. Poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki badań

Dane demograficzno-społeczne badanych przedstawiono w tabeli I. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 51–60 lat (43%) z wykształceniem średnim (37%).

Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie.

Tabela I. Dane demograficzno-społeczne.

| Cecha | | N / % |
|---|--------------------------|-------|
| Grupy wiekowe | Do 40 lat | 7 |
| | 41 – 50 lat | 23 |
| | 51 – 60 lat | 43 |
| | 61 – 70 lat | 20 |
| | powyżej 70 lat | 7 |
| Wykształcenie | Podstawowe | 21 |
| | Zawodowe | 28 |
| | Średnie | 37 |
| | Wyższe | 14 |
| Stosunek do pracy | Zatrudniona | 35 |
| | Emerytura | 37 |
| | Renta | 18 |
| | Bezrobocie | 10 |
| Miejsce zamieszkania | Wieś | 26 |
| | Miasto do 50 tys. | 28 |
| | Miasto od 50 do 100 tys. | 13 |
| | Miasto powyżej 100 tys. | 33 |
| Dostęp do przychodni onkologicznej w miejscu zamieszkania | Tak | 54 |
| | Nie | 46 |
| średnica piersi | 11-13 cm | 35 |
| | 15-17 cm | 58 |
| | 19-21 cm | 7 |

Wywiad onkologiczny. (cd.)

| | | |
|--|---------------------------|---------|
| Źródła czerpania wiedzy na temat samobadania piersi* | Z telewizji | 71/38,2 |
| | Z prasy | 65/34,9 |
| | Od lekarza ginekologa | 37/19,9 |
| | Inne ¹ | 13/7,0 |
| Samobadanie piersi | Tak | 93 |
| | Nie | 7 |
| Okres samobadania piersi (lata)* | Rok | 10/10,8 |
| | 2 | 8/8,6 |
| | 3 | 17/18,3 |
| | 5 | 31/33,3 |
| | Inne ² | 27/29,0 |
| Częstotliwość samobadania piersi | 1 x w miesiącu | 37/39,8 |
| | 1 x na 3 miesiące | 24/25,8 |
| | 1 x na 6 miesięcy | 9/9,7 |
| | Inne ³ | 23/24,7 |
| Przeprowadzanie badań profilaktycznych raka piersi | Tak | 76 |
| | Nie | 24 |
| Rodzaj przeprowadzanych badań profilaktycznych | USG | 55/43,0 |
| | Mammografia | 70/54,7 |
| | Inne ⁴ | 3/2,3 |
| Kto wykrył guzek? | Partner | 1 |
| | Lekarz podstawowej opieki | 2 |
| | Samobadanie | 67 |
| | Inne ⁶ | 30 |
| Zgłoszenie się natychmiast do leczenia po wykryciu guzka | Tak | 90 |
| | Nie | 10 |

Tabela II. Wywiad onkologiczny.

| Cecha | | N / % | |
|---|--------------------------|-------|----|
| Przeprowadzanie badań ginekologicznych | Tak | 98 | |
| | Nie | 2 | |
| Częstotliwość badań ginekologicznych | 1x na rok | 43 | |
| | 1x na 2 lata | 20 | |
| | 1x na 3 lata | 19 | |
| | Inne ⁵ | 16 | |
| | Brak odpowiedzi | 2 | |
| Badanie piersi w trakcie badań ginekologicznych | Tak | 45 | |
| | Nie | 53 | |
| | Brak odpowiedzi | 2 | |
| Wiek pierwszej miesiączki | Do 10 lat | 2 | |
| | Od 11 do 15 lat | 87 | |
| | Od 16 do 20 lat | 11 | |
| Wiek ostatniej miesiączki | Miesiączka występuje | 22 | |
| | Do 40 lat | 1 | |
| | Od 41 do 45 lat | 18 | |
| | Od 46 do 50 lat | 39 | |
| | Powyżej 50 lat | 20 | |
| Stosowanie antykoncepcji hormonalnej | Tak | 12 | |
| | Nie | 88 | |
| Liczba porodów | Brak | 5 | |
| | Jeden-dwa | 62 | |
| | Trzy-cztery | 26 | |
| | Pięć-sześć | 6 | |
| | Siedem | 1 | |
| Karmienie piersią | Tak | 73 | |
| | Nie | 27 | |
| Występowanie w rodzinie raka: | Piersi | Tak | 17 |
| | | Nie | 83 |
| | Jajnika i jelita grubego | Tak | 15 |
| | | Nie | 85 |
| Edukowanie w zakresie samobadania piersi | Tak | 56 | |
| | Nie | 44 | |

¹ Inne: samodzielna nauka – 1, lekarz onkolog – 6, ulotki – 4, szkoła – 1, lekarz pierwszego kontaktu – 1.

² Inne: od pół roku – 2, od czterech lat – 4, od 8 lat – 1, od 9 lat – 1, od 10 lat – 9, od 12 lat – 1, od 13 lat – 2, od 14 lat – 1, od 15 lat – 2, od 20 lat – 2, od 35 lat – 1, od 50 lat – 1. (Jako 100% przyjęto 93 pacjentki).

³ Inne: codziennie – 4, 1 raz w tygodniu – 12, 1 raz na 2 tygodnie – 1, 2 razy w miesiącu – 4, kilka razy w miesiącu – 1, sporadycznie – 1. (Jako 100% przyjęto 93 pacjentki).

⁴ Inne: badanie palpacyjne przeprowadzone przez lekarza onkologa – 2, badanie palpacyjne wykonane przez lekarza-ginekologa – 1.

⁵ Inne: co 3 miesiące – 2, 2 razy w roku – 6, 1 raz na 5 lat – 3, 1 raz na 10 lat – 2, ostatni raz 27 lat temu – 1, po 30 latach – 1, 1 raz w życiu – 1.

⁶ Inne: mammografia – 21, lekarz onkolog – 5, USG – 4.

* możliwość więcej niż jednej odpowiedzi

Najwięcej kobiet mieszkało w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (33%). W przypadku ponad połowy badanych kobiet przychodnia onkologiczna znajdowała się w miejscu zamieszkania. Badane kobiety najczęściej miały piersi o średnicy 15cm (41%).

Wywiad onkologiczny, w tym ginekologiczny przedstawiono w tabeli II. Ustalono, że 12% badanych kobiet stosowało antykoncepcję hormonalną. Pierwsza miesiączka występowała najczęściej w wieku od 11 do 15 lat, natomiast ostatnia w wieku 46-50 lat. Najwięcej kobiet przeżyło 2 porody (44%). Prawie 75% badanych kobiet karmiło swoje dzieci piersią. U 17% kobiet w rodzinie występował wcześniej rak piersi, a u 15% rak jajnika i jelita grubego. Ponad połowa kobiet była edukowana (56%) w zakresie samobadania piersi. Odpowiadając na pytanie o źródła czerpania wiedzy na temat samokontroli piersi, pacjentki zakreślały więcej niż jedną odpowiedź. Najwięcej kobiet stwierdziło, że wiedzę czerpały z telewizji (38,17%) a najmniej, że przekazał ją lekarz ginekolog (19,9%). Zdecydowana większość (93%) pacjentek dokonywała samobadania. Rozpiętość czasokresu samobadania wynosiła od pół roku do 50 lat.

Nowicki A, et al.

Najwięcej kobiet przeprowadzało samokontrolę piersi od 5 lat (31%). Na pytanie o częstotliwość przeprowadzanego samobadania najczęstszą odpowiedzią było 1 raz w miesiącu (37%). Innym najczęstszym badaniem profilaktycznym, oprócz samobadania, była mammografia (54,7%). Większość kobiet poddawała się badaniom ginekologicznym (97%). Najczęściej badane były 1 raz w roku (43%). Połowa kobiet w trakcie badań ginekologicznych nie miała przeprowadzanych badań piersi (53%). Ponad połowa pacjentek wykryła guzek w trakcie samobadania (67%). Większość kobiet po wykryciu guzka w piersi zgłosiło się natychmiast do leczenia (90%).

Wśród kobiet, które same wykryły zmianę najliczniejszą grupę stanowiły te, u których guzek był wielkości do 2 cm (35,8%) (Tabela III).

Tabela III. Liczba kobiet wykrywająca guzki w zależności od wielkości.

| Wielkość | N | % |
|--------------|----|-------|
| Do 2 cm | 24 | 35,8 |
| 2-3 cm | 22 | 32,8 |
| 3-4 cm | 13 | 19,4 |
| Powyżej 4 cm | 8 | 11,9 |
| Razem | 67 | 100,0 |

Ustalono wcześniej, że w większości badane kobiety dokonywały samobadania piersi (93%), z tego wykryło guzek 67% kobiet.

Między samobadaniem piersi a wykryciem raka niezależnie od wielkości istniała korelacja na poziomie istotnym statystycznie. Oznaczało to, że samobadanie piersi miało wpływ na wykrywanie raka. Stwierdzono również, że zarówno częstość wykonywanej samokontroli, jak i wielkość piersi nie miały takiego wpływu (Tabela IV).

Tabela IV. Zależności pomiędzy wykryciem raka, a samobadaniem, częstością jego wykonywania oraz wielkością piersi.

| | Wykrycie raka | |
|----------------------|---------------------------------|------------------------|
| | Wartość współczynnika korelacji | Istotność statystyczna |
| Samobadanie | 0,293927 | p < 0,05 |
| Częstość samobadania | -0,165319 | p > 0,05 |
| Wielkość piersi | 0,169938 | p > 0,05 |

Dyskusja

Mimo osiągniętego na przestrzeni lat postępu, rak piersi nadal pozostaje ogromnym wyzwaniem dla lekarzy. Mimo coraz lepszych wyników leczenia w wielu krajach zwiększa się liczba zachorowań.

Dla poprawienia tej niekorzystnej sytuacji wprowadzono masowe badania przesiewowe, mające na celu wykrycie choroby w jak najwcześniejszym stadium. Oprócz mammografii do

metod umożliwiających wczesne wykrywanie raka piersi niektórzy zaliczają również badanie palpacyjne przeprowadzane przez lekarzy pierwszego kontaktu i ginekologów przynajmniej jeden raz w roku, a także samobadanie wykonywane przez kobiety. Uważa się, że comiesięczne badanie piersi powinno być szeroko propagowane. Pozwala ono wykryć raka wcześniej nawet przy braku jakichkolwiek badań skriningowych [3, 4, 5, 10].

Zapadalność na raka piersi rośnie już od wieku 40 lat, osiągając wartość szczytową około 60 roku życia [11]. Potwierdzono to także w przedstawionej pracy, 43% badanych było w wieku 51-60 lat. Średnia wieku wyniosła 55,2 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim, najmniej liczną z wykształceniem wyższym. Kobiet pracujących było 35%, natomiast na emeryturze i rencie 45%.

Najwięcej badanych jako miejsce zamieszkania wskazało miasto, co według różnych źródeł zalicza je do grupy podwyższonego ryzyka. Mimo, iż większość kobiet pochodziło z miast, prawie połowa miała utrudniony dostęp do przychodni onkologicznej.

Czas trwania ekspozycji gruczołów piersiowych na hormony jajnika jest uważany za jeden z najistotniejszych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na ten nowotwór [10, 12]. Ryzyko zachorowania na raka piersi jest trzykrotnie wyższe wśród kobiet, u których pierwsza miesiączka wystąpiła przed 11 rokiem życia w porównaniu z kobietami, u których pierwsza miesiączka wystąpiła późno, po 16 roku życia [10]. Z badań własnych wynika, że najczęściej wśród badanych pierwsza miesiączka występowała w wieku 13 i 14 lat, tak więc ponad 50% kobiet miało średnie ryzyko zachorowania. Uważa się również, że menopauza po 55 roku życia dwukrotnie zwiększa ryzyko zachorowania, w porównaniu z kobietami, u których menopauza wystąpiła przed 45. rokiem życia [10]. Jako wiek ostatniej miesiączki badane wskazywały najczęściej 50 lat.

Kolejnym ważnym czynnikiem, mogącym mieć wpływ na wykonywanie samobadania ze względu na grupę zwiększonego ryzyka (wtedy kiedy kobieta jest o tym poinformowana) jest, poza okresem pierwszej i ostatniej miesiączki, stosowanie antykoncepcji hormonalnej, liczba porodów oraz karmienie piersią. Antykoncepcję hormonalną stosowało tylko 12% kobiet, 5% badanych nigdy nie rodziła, a 18% przeżyła poród tylko 1 raz. Reszta chorych (77%) rodziła, co najmniej 2 razy, a prawie 3/4 kobiet karmiło piersią. Można przyjąć, że powyższe czynniki ryzyka nie były tutaj dostatecznym powodem, który mógłby wpłynąć na wykonywanie przez kobiety samobadania. Za bardzo istotny czynnik w rozwoju raka piersi uznaje się również uwarunkowania genetyczne [1]. Z naszych badań wynika, że wystąpienie w najbliższej rodzinie raka piersi oraz raka jajnika i jelita grubego było dość częste. Jednakże wywiad odnośnie występowania rodzinnego tych nowotworów był bardzo ogólny i w grupie tej mogły występować nowotwory sporadyczne.

Zachowania zdrowotne, mające na celu wcześniejsze wykrycie raka piersi, takie jak samokontrola czy badanie piersi przez lekarza są coraz rzadsze. Może to świadczyć o niedostatecznym uświadomieniu i mało korzystnych zachowaniach prozdrowotnych kobiet oraz o niewystarczającej aktywności służby zdrowia w zakresie wczesnego wykrywania raka.

Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie.

Niekorzystne deklaracje w zakresie profilaktyki wtórnej raka piersi, najczęściej występują wśród kobiet w grupie 60 lat i powyżej, wśród mieszkanki wsi oraz osób z wykształceniem podstawowym, dodatkowo występują negatywne tendencje w zakresie samobadania [11]. Z naszych badań wynika, że poziom uświadomienia badanych kobiet na temat raka piersi był dobry. Fakt ten potwierdza między innymi duża liczba pacjentek wykonujących samokontrolę i inne badania profilaktyczne (mammografia, USG), które niestety nie były wykonywane w ramach badań skryningowych. Wykonywane były nieregularnie, niejednokrotnie na życzenie.

Czynniki ryzyka środowiskowe, demograficzne i hormonalne były podobne jak w przeciętnej populacji. Zarówno wykształcenie, miejsce zamieszkania jak i dostęp do przychodni lekarskiej nie miały istotnego wpływu na profilaktykę wtórnej raka piersi. Można przypuszczać, że powodem takiej sytuacji jest właśnie wzrost świadomości zdrowotnej kobiet, który spowodowany został przez nasilenie kampanii prozdrowotnych nagłaśnianych przez media jak również przez lekarzy (najczęstsze źródła informacji na temat samokontroli to telewizja, prasa oraz lekarz ginekolog). Potwierdzeniem tego może być odpowiedź pacjentek na pytanie czy natychmiast po wykryciu guzka zgłosiły się do leczenia. Odpowiedzi twierdzącej udzieliła większość kobiet.

Według licznych autorów samodzielne badanie piersi, które zaleca się w prewencji wtórnej raka, jest tanią i prostą metodą akceptowaną zarówno przez pacjentki, jak i lekarzy. Dzięki temu ryzyko zgonu może ulec zmniejszeniu [6, 13, 14, 15]. Z tego powodu zaleca się wykonywanie samobadania począwszy od 20 roku życia, raz w miesiącu, najlepiej w tydzień po miesiączce, gdy piersi nie są obrzmiałe lub obolałe.

Foster stwierdził, że przeżycia pięcioletnie pacjentek z rakiem piersi były o 18% wyższe u kobiet wykonujących samokontrolę w porównaniu do nie wykonujących tego badania [16]. Inni podają, że ponad 90% nowotworów piersi jest wykrywanych przez same kobiety w czasie samobadania [17]. Zależność tę potwierdzają również nasze badania. Ze wszystkich ankietowanych kobiet aż 67% wykryło raka podczas samodzielnego badania. Wykazano znamienne wpływy samobadania na wykrywanie raka piersi. Nie wszyscy jednakże potwierdzają te dane [15, 18].

Szczególną rolę w zwalczaniu raka piersi przypisuje się lekarzom podstawowej opieki oraz ginekologom. Powinni oni między innymi: prowadzić oświatę zdrowotną wśród swoich pacjentek (dotyczącą promocji zdrowia), obniżania czynników ryzyka, nauczania comiesięcznej samokontroli oraz badać piersi kobiety przynajmniej 1 raz w roku [17].

Fizykalne badanie piersi wydaje się być niezwykle ważne, ponieważ dzięki niemu można wykryć niektóre guzki przeoczone podczas mammografii [19]. Bardzo niepokojący jest fakt, że spośród 98 kobiet odbywających wizyty kontrolne u ginekologa, tylko 45% miało badane piersi, natomiast tylko w dwóch przypadkach guzek wykrył lekarz podstawowej opieki. Świadczyć to może o bagatelizowaniu badania piersi przez lekarzy. Duże piersi mogą być utrudnieniem w wykryciu raka zarówno przez lekarza jak i w samobadaniu. Wśród badanej populacji najczęściej występowała średnica piersi 13 i 15cm. Jednakże w naszym badaniu nie wykazano wpływu wielkości piersi na wykrywanie guzka.

Autorzy badania przeprowadzonego w Chinach stwierdzili, że samobadanie piersi nie zmniejszyło śmiertelności z powodu raka. Ocenę taką przeprowadzono w grupie liczącej 266 tysięcy kobiet. Prawie 133 tysiące kobiet zostało poddanych intensywnemu szkoleniu, dotyczącemu samokontroli piersi, które powtórzono po roku i po trzech latach, ponadto przypomniano o comiesięcznym samodzielnym badaniu, a co pół roku kobiety wykonywały tę czynność w obecności lekarza. Okres obserwacji wynosił 20 lat a określone ryzyko zgonu w porównaniu z grupą kontrolną (ponad 133000 kobiet) nie wykazało zmniejszenia umieralności z powodu raka piersi [15]. U kobiet, które wykonywały samodzielne badanie piersi stwierdzono więcej zmian nienowotworowych. Badania własne dotyczyły skuteczności samobadania na wykrycie raka piersi u pacjentek po operacji. Wydaje się, że sam fakt wykrycia guzka w piersi mobilizuje kobiety do podjęcia leczenia we wcześniejszej fazie choroby.

Kanadyjczycy, polecili przerwanie rutynowego nauczania samokontroli piersi z powodu braku dowodów na jego skuteczność w zmniejszaniu śmiertelności z powodu raka piersi, jak również ze względu na wzrost wizyt lekarskich, zwiększoną częstotliwość biopsji, a także zwiększone koszty i niepotrzebny niepokój pacjentek [18]. Badanie to również wykazało, że edukacja w zakresie samokontroli nie ma wpływu na wykrywanie raka piersi, a wręcz odwrotnie – kobiety, które nie były edukowane (44%) znacznie częściej wykrywały guzek, co można (72%) również odnieść do badania przeprowadzonego w populacji chińskiej, w którym stwierdzono, że intensywne szkolenie w zakresie samokontroli piersi, nie zmniejsza umieralności z powodu raka piersi, natomiast zwiększa prawdopodobieństwo wykonania biopsji z przyczyn nienowotworowych. Z naszych danych wynika, że na wykrywanie raka piersi nie ma również wpływu częstość przeprowadzanej samokontroli.

W pracy dokonano oceny wpływu samobadania na wykrywanie raka piersi u kobiet, które przeżyły operację. W naszym badaniu były to kobiety w pewnym sensie wyselekcjonowane z rozpoznanym rakiem piersi, które przeżyły operację. American Cancer Society (ASC) nie zaleca kobietom systematycznego samodzielnego badania piersi. Pomimo to według ACS kobieta może zdecydować i wybrać regularne badanie, sporadyczne lub zaniechanie, poinformowana wcześniej o potencjalnych korzyściach, ograniczeniach i szkodliwości takiego postępowania. Wydaje się, że Polsce nadal rak piersi wykrywany jest głównie przez same pacjentki lub w trakcie rutynowego badania lekarskiego, a nie podczas skryningowych badań mammograficznych.

Wnioski

1. Głównie samobadanie w ocenie retrospektywnej miało wpływ na wykrywanie raka piersi, 67% kobiet samodzielnie wykryło guz przed operacją.
2. Częstość wykonywania samobadania i wielkość piersi nie miały wpływu na wykrywanie raka u kobiet, które później zakwalifikowano do operacji.

Nowicki A, et al.

Piśmiennictwo

1. Pieńkowski T, Jagiełło-Gruszfeld A. Rak piersi. *Nowa Med.* 2001, 8, 13-18.
2. Mierzwa T, Siwek P, Grabiec M. Badania profilaktyczne w kierunku raka piersi i szyjki macicy w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2002 roku. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 811-816.
3. Grodecka-Gazdecka S. Współczesne możliwości rozpoznawania i leczenia raka gruczołu piersiowego. *Terapia.* 2002, 10, 27-31.
4. Jobda B. Profilaktyka raka piersi. *Mag Piel Pol.* 2000, 11, 23-4.
5. Pieńkowski T. Komentarz do artykułu pt. Badania przesiewowe w kierunku raka piersi. Ocena osobniczego ryzyka. *Med Dypl.* 2003.
6. Piotrowska A, Dziuba B, Koziół T. [i wsp.]. Opinie pacjentek na temat profilaktyki raka piersi w leczeniu otwartym. *Pol Med Rodz.* 2000, 2, 75-77.
7. Coleman E, Pennypacker H. Evaluating breast self-examination performance. *J Nurs Qual Assur.* 1991, 5, 65-69.
8. Kontroluj swoje piersi. Pod red. Wronkowskiego Z. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL, 1999.
9. Jokiel M, Wronkowskiego Z. Uświadomienie kobiet w zakresie samokontroli piersi – znaczenie tej metody w profilaktyce raka sutka. *Pol Tyg Lek.* 1991, 46, 530-531.
10. Mazurkiewicz M. Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznawania raka gruczołu piersiowego. *Pol Med Rodz.* 2000, 3, 29-32.
11. Jokiel M, Bielska-Lasota M, Kraszewska E. Poinformowanie i zachowania zdrowotne kobiet dotyczące profilaktyki raka piersi w latach 1998 – 2002. *Prz Epidemiol.* 2003, 57, 521-530.
12. Paszko Z. Hormonalne i genetyczne podłoża etiopatogenezy raka piersi. *Nowotwory.* 2002, 52, supl. 3, 40-48.
13. Isaacs J. Physician breast examination and breast self-examination. *Clin Obstet Gynecol.* 1989, 32, 761-767.
14. Saunders K, Pilgrim C, Pennypacker H. Increased proficiency of search in breast self-examination. *Cancer.* 1986, 58, 2531-2537.
15. Thomas D, Gao D, Ray R, [et al.]. Randomized trial of breast self – examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst.* 2002, 94, 1445-1457.
16. Foster R, Costanza C. Breast self-examination practices and breast cancer survival. *Cancer.* 1984, 53, 999-1005.
17. Chmielarczyk W, Wronkowskiego Z, Zwierno M. Samobadanie piersi. *Służ Zdr.* 2000, 24-26, 2917-19.
18. Jelinski S, Maxwell C, Onysko J, [et al.]. The Influence of breast self-examination on subsequent mammography participation. *Am J Pub Health.* 2005, 95, 506-511.
19. Mc Donald S, Saslow D, Alciati M. H. Kliniczne badanie piersi i opis jego wyników – przegląd piśmiennictwa. *Onkol Dypl.* 2005, 2, 21-35.