



Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

**Simpozij Učestalost, dijagnostika i terapija
genitalnog karcinoma u Bosni i Hercegovini,
Sarajevo, 08. 06. 2007.**

Šimić, Srećko; Mehmedbašić, Senad

2007

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/handle/123456789/868>

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/>



AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE
АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЈЕТНОСТИ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

POSEBNA IZDANJA
KNJIGA CXXV

Odjeljenje medicinskih nauka
Knjiga 34

SIMPOZIJ
UČESTALOST, DIJAGNOSTIKA
I TERAPIJA GENTALNOG KARCINOMA
U BOSNI I HERCEGOVINI

Sarajevo, 08. 06. 2007.

SARAJEVO, 2007.



AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE
АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЈЕТНОСТИ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

POSEBNA IZDANJA
KNJIGA CXXV

Odjeljenje medicinskih nauka
Knjiga 34

SIMPOZIJ
UČESTALOST, DIJAGNOSTIKA
I TERAPIJA GENITALNOG KARCINOMA
U BOSNI I HERCEGOVINI

Sarajevo, 08.06.2007.

Uredili

Srećko Šimić
Senad Mehmedbašić

SARAJEVO, 2007.



AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE
АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЈЕТНОСТИ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS OF BOSNIA AND HERZEGOVINA

SPECIAL PUBLICATIONS
VOL. CXXV

Department of Medical Sciences
Vol. 34

SIMPOSIUM
INCIDENCE, DIAGNOSIS AND THERAPY
OF GENITAL CANCER IN BIH

Sarajevo, 08.06.2007.

Edited by

Srećko Šimić
Senad Mehmedbašić

SARAJEVO, 2007.

SADRŽAJ

Pozdravna riječ	3
Učestalost tumora ženskih genitalnih organa u Kantonu Sarajevo, <i>Nermina Obralić</i>	5
a) Ginekološki karcinom u Tuzlanskom kantonu	
b) Inicijativni Odbor BiH za prevenciju raka grlića materice <i>Zlatan Fatušić, Asim Musić, Nusret Sinanović</i>	19
Incidencija cervikalnog karcinoma u Republici Srpskoj u proteklih pet godina, <i>Nenad V. Babić, Tanja Milić, Duško Deura, Dobriša Radić</i>	31
Pregled ginekoloških karcinoma na GAK Sarajevo u petogodišnjem periodu (2002.-2007.), <i>Sebija Izetbegović</i>	39
HPV status, premaligne i maligne lezije grlića maternice i profilaktička HPV vakcina, <i>Ermina Iljazović</i>	47
Ginekološka maligna oboljenja na Unsko-Sanskom kantonu 1996.-2006. godina, <i>Džanić Dž., Blažević O., Komić S., Žutić E.</i>	59
Učestalost, prevencija, dijagnostika i terapija ginekološkog karcinoma u RMC Mostar - HNK u posljednjih 10 godina, <i>Dr S. Sarić, V. Pavlović, Dr I. Ademović, Dr S. Mededović, Dr M. Džeko, Dr F. Bijedić, Dr A. Šuko, Dr H. Redžić</i>	75
Genitalna HPV infekcija u žena - liječenje i prevencija, <i>S. Mehmedbašić</i>	85
a) Rana detekcija karcinoma jajnika metodom transvaginalne color dopler sonografije,	
b) Terapeutska upotreba fotodinamskog lasera kod ranih cervikalnih intraepitelnih neoplazija <i>Jasmin Dervišić, Azra Dervišić</i>	99
Učestalost, prevencija, dijagnostika i terapija ginekološkog karcinoma u BiH posljednjih deset godina, <i>R. Sujoldžić, F. Mujanović-Glamočanin, A. Šuškić</i>	117
Sekundarna prevencija cervikalnog karcinoma u službi za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica u periodu 1997.-2006., <i>Adem Balić, Amela Adžajlić, Vesna Stilinović, Amra Habibović, Lejla Mešalić, Jasna Dragović, Aza Žigić, Enver Kubat</i>	123
Epidemiološke i kliničke karakteristike malignih tumora jajnika, <i>Feda Omeragić</i>	133



Premaligne i maligne promjene grlića materice 2002.-2007. na Ginekološko-akušerskom odjeljenju Opće bolnice "Prim. dr Abdulah Nakaš", <i>Gutić j., Nakaš N., Đurđević-Đulepa A.</i>	155
Rezultati PA briseva od 1998-2006. godine u JU Dom zdravlja Zenica - odjel za zdravstvenu zaštitu žena, <i>Handanagić Kavaz Amira</i>	163
Petogodišnji retrospektivni pregled (2002.-2006.) abnormalnih PAPA briseva i patohistoloških nalaza u ZZZZ žena i materinstva u Kantonu Sarajevo, <i>A. Tomić - Cica, M. Kurtović, N. Novičić</i>	165
Incidenca ginekološkog karcinoma u Hrvatskoj bolnici "Dr fra Mato Nikolić" Nova Bila u periodu od 2001. do 2006. godine, <i>Ljiljana Bilobrk-Josipović, Julijana Laštro</i>	171
Liječenje premalignih i početnih malignih promjena grlića materice u ginekološko akušerskoj službi kantonalne bolnice Zenica (1997-2007), <i>Enver Šahović, Granić Abdulah, Muračević Bedrana, Hodžić Jasmin, Knežević Sandra</i>	179
Učestalost premalignih i malignih oboljenja u petogodišnjem periodu na odjelu za ginekologiju KB Mostar, <i>Dragan Soldo, Vajdana Tomić, Goran Adžić</i>	187
Učestalost abnormalnih citoloških nalaza vrata maternice žena u Hrvatskoj bolnici "Dr fra Mato Nikolić" Nova Bila u razdoblju 2000.-2006. g., <i>Branka Lovrinović</i>	197
Opća bolnica Tešanj - Ginekološko akušerski odjel, Neke dileme u ginekološkoj onkologiji, <i>N. Dujsić i suradnici</i>	203
Cervikalne intraepitelijalne neoplazije i trudnoća, <i>Zulfo Godinjak</i>	211
Kliničke i patohistološke karakteristike karcinoma endometrija na Ginekološko-akušerskom odjeljenju Opće bolnice "Prim. dr Abdulah Nakaš", <i>Nakaš N., Šimić S., Šehović J.</i>	217
Evaluacija karcinoma genitalnog sistema relevantni za period 2000-2006 godina na Institutu za Patologiju Medicinskog fakulteta u Sarajevu, <i>Nakaš N., Šimić S., Šehović J.</i>	224
Zaključci	229

Pozdravna riječ

Najsrdanije pozdravljam akademika B. Matića predsjednika ANUBiH, Prim. dr S.Omerovića ministra Federalnog ministarstva zdravstva, gospodu S. Mičić zamjenicu Presjednice federacije BiH i sve Vas Kolegice i Kolege koji u ovako velikom broju prisustvujete ovom Simpozijumu.

Pregledali smo radove iz svih Kantona Federacije i Republike Srpske i svatili odlučnost da u ovom kratkom radnom danu poslije 11 godina (od održavanja I Kongresa Ginekologa i perinatologa BiH 1996 g) sagledamo pravo stanje o učestalosti, dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti kod genitalnog karcinoma.

Prije 6 mjeseci ovdje smo imali jako uspješan simpozijum o "Perinatalnim trendovima u BiH" čiji su zaključci dobili veliki značaj, strateški gledajući, u našem društvu (pad nataliteta, jako nizak prirodni priraštaj, u pojedinim regijama loša organizacija službe). Pokrenute su procedure u rješavanju pojedinih problema, ali ni mi nismo iznimka, sve to ide jako, jako sporo.

Nažalost iz kantonalnih registra malignih oboljenja, koji su još ponegdje u formiranju, ne mogu se dobiti sa danjašnjeg aspekta, korisne informacije.

Zato su vaši izvještaji ili bolje rečeno rezultati istraživanja, jako značajni za sagledavanje stvarnog stanja u čitavoj BiH i stvaranje programa za svestrano unapređenje preventivnih dijagnostičkih i terapijskih procedura.

Iz izvještaja Svjetske zdravstvene organizacije uočljiv je proporcijalni odnos između bruto nacionalnog dohotka i visine nivoa zdravstvene zaštite. Naša je dužnost da pokušavamo naći mogućnosti postizanja višeg zdravstvenog nivoa bez odzira na bruto nacionalni dohodak.

Na kraju svih izlaganja konstatovat ćemo da smo i sa ovim malim materijalnim sredstvima postigli izvanredne rezultate. U prošloj godinu u BiH urađeno je preko 40.000 PA briseva, napravljeno je preko 350 konizacija što je samo kod cervikalnih neoplazijama kod 350 žena sprečeno razvijanje kliničkih oblika cervikalnog karcinoma.

U prevenciji cervikalnih neoplazija napravljen je izvanredan napredak uvođenjem vakcinacije protiv humanog papiloma virusa (HPV) koji u velikom procentu izaziva cervikalne neoplazije. U razvijenom, bogatom svijetu, vakcinacija se provodi već nekoliko godina. Pred nama stoji zadatak da u našim mogućnostima uvedemo vakcinaciju i preveniramo cervikalne neoplazije.

Danas ćemo formirati Incijativni odbor za prevenciju cervikalnog karcinoma u BiH koji će uz pomoć ministarstva Zdravstva, organizacija Zdravstvenog osiguranja i nekih nevladinih organizacija programirati djelovanja ali i konkretno ostvarivati vakcinaciju.

I na kraju ove pozdravne riječi ali i kraćeg uvoda, mora se podvući problem svih problema, a to je da jednom godišnje žene iz rizičnih skupina dodu na ginekološki pregled. Kao što će te vidjeti, ginekološka služba u čitavoj BiH osposobljena je da dijagnostičke i terapijske procedure kod početnih formi uspješno provede. Dolaskom žena na godišnje kontrolne ginekološke preglede u razvijenim zemljama, uznapredovali oblici karcinoma, naročito cervikalnog kliničkog karcinoma, prava je rijetkost. Poslje izvještaja i diskusije napraviti ćemo zaključke i preporuke za daljnji rad.

Presjednik Udruženja
Ginekologa i perinatologa FBiH

Prof dr S. Mehmedbašić

Presjednik Odbora za Ginekologiju i
Perinatologiju Odjeljenja
medicinskih nauka ANU BiH

Prof dr S. Šimić, dop, član ANU BiH

UČESTALOST TUMORA ŽENSKIH GENITALNIH ORGANA U KANTONU SARAJEVO

INCIDENCE OF GYNECOLOGIC CANCER IN SARAJEVO REGION

Nermina Obralić

Institut za onkologiju Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu
Bolnička 25, Sarajevo

SAŽETAK

Postojanje tačnih i sveobuhvatnih podataka o učestalosti malignih tumora je od izvanrednog značaja za istraživanje uzroka i faktora rizika u nastanaku, ishoda liječenja, smrtnosti, određivanje prioriteta u borbi protiv malignoma i planiranju zdravstvene službe. U našoj zemlji još uvijek nema jedinstvene i sveobuhvatne registracije karcinoma, te su od velike koristi postojeći bolnički registri i dokumentacija.

Cilj rada je prikazati sveobuhvatne podatke i analizirati učestalost genitalnih neoplazmi za područje Kantona Sarajevo za period od 1998. do 2006. godine, a na osnovu podataka prikupljenih u okviru Registra malignih neoplazmi Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, Instituta za patologiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu, Odjela za patologiju Opće bolnice u Sarajevu i Zavoda za javno zdravstvo Kantona Sarajevo.

Rezutati: U posmatranom periodu na području Kantona Sarajevo registrirano je 1801 karcinom ženskih genitalnih organa, što čini 23,5% svih malignoma kod žena. Najveći broj otpada na karcinom grlića materice - 54%, a zatim slijede karcinom korpusa uterusa - 24% i tumori jajnika - 22%. Broj genitalnih neoplazmi se po godima postupno smanjuje, najviše zbog stalnog pada broja novootkrivenih karcinoma grlića materice, kako invazivnih, tako i intraepitelih. Broj oboljelih od karcinoma tijela materice je gotovo isti po pojedinim godinama. Bilježi se rast učestalosti tumora jajnika, čiji broj od 2003. godine prevazilazi kor-

pus karcinom. Dobno nestandardizirana, gruba incidenca karcinoma cerviksa uterusa tokom posmatranog perioda pokazuje tendenciju pada, ali je viša od očekivane i one zabilježene u susjednim zemljama. Ona se kreće od 38,3 / 100000 žena u 1998. do 26,5 / 100000 žena u 2006. godini. Prosječna incidenca karcinoma korpusa uterusa na području Kanton Sarajevo varira u posmatranom periodu je 24,2 / 100000 žena, što odgovara procijenjenom nivou za našu zemlju. Incidenca ovarijalnog karcinoma u posljednje 4 godine od 27,6 ; 22,1; 30,5; 20 . To značajno prevazilazi očekivanu, ali odgovara incidenci u susjednim zemljama.

Zaključak: Cervikalni karcinom je kod nas još uvijek veliki zdravstveni problem. Iako incidenca ove neoplazme pokazuje tendenciju pada, ona je još uvijek veoma visoka, viša od procijenjene stope i one zabilježene u susjednim zemljama. Značajan broj pacijentica se javlja u odmaklom stadiju bolesti. Broj otkrivenih karcinoma korpusa uterusa je očekivan i bitnije se ne mijenja u posmatranom periodu. Karcinom ovarija je u evidentnom porastu.

Ključne riječi: cervikalni karcinom, tumori jajnika, karcinom korpusa, incidenca

SUMMARY

Collecting data on malignant tumours is of extreme importance for the follow-up of its incidence, trends in the incidence and treatment outcome. Epidemiological data are important for investigation of the cause of tumours and their risk factors, as well as for the defining priorities in fighting the cancer and planning for its treatment. Bosnia and Herzegovina does not possess proper cancer register for the population. Hospitals' registers of malignant tumours do exist.

The aim of the study: To collect and analyse data gynaecologic cancer in the region of Sarajevo Canton, and compared results to regional and world indicators.

Material and methods: We have collected data on of female genital malignant tumours in population in the region of Sarajevo Canton during 9-year period, from 01.01.1998. until 31.12.2006. The source of data were Register of malignant neoplasm of Clinical Canter of University Sarajevo, Institute for Pathology at the Medical Faculty and at the Department for Pathology at the Sarajevo General Hospital. We have observed a relative incidence of malignant tumours. Crude

incidence per 100000 population has been calculated according to the years observed, and localizations of the disease. Data were given in tables in figures and correlated to regional and world indicators and predictions, and were observed in the light of specific local circumstances.

Results: In the region of Sarajevo Canton 1801 new cases of genital malignant tumours have been registered during period 1998-2006, that is 23,5% of all female neoplasm. From given data, it is evident that cervical cancer is most common, followed by endometrial and ovarian cancers. Cervical cancer has high incidence, which correlates to the situations in developing countries, but is steadily decreasing. The incidence of endometrial carcinoma is on the level of expected ones. Incidence of ovarian cancer is increasing, but is similar to those in other South European countries.

Conclusions: Cervical cancer still represents one of the major health problems in our country, and it is there more common than rectal and endometrial cancers. Primary and secondary prevention are necessary.

Key word: gynecologic cancer, cancer incidence.

UVOD

Tumori genitalnih organa žene predstavljaju heterogenu skupinu neoplazmi, koje se međusobno razlikuju po učestalosti, etiološkim i riziko faktorima, histološkom tipu, načinu i ishodu liječenja. Kao skupina predstavljaju najčešće malignome žene. Najveći broj neoplazmi ženskih genitalnih organa čini karcinom cerviksa uterusa, slijede karcinom korpusa uterusa, te tumori jajnika. Neplazme vagine, vulve i falopijevih tuba su znatno rjeđe.

Postoje značajne geografske razlike kako u ukupnoj, tako i u relativnoj učestalosti genitalnih tumora. Smrtnost je također različita u pojedinim zemljama. Širom svijeta je cervikalni karcinom na drugom mjestu po učestalosti i mortalitetu. Godišnje se očekuje oko 500 000 novih slučajeva. Tokom nekoliko zadnjih decenija bilježe se značajne promjene u učestalosti pojedinih vrsta genitalnih neoplazmi. Tako incidenca cervikalnog karcinoma ima tendenciju stalnog pada u razvijenim zemljama, posebno onim koje imaju efektivan skrining program. Ipak, broj oboljelih i umrlih u zemljama u razvoju postepeno raste (1, 2, 3).

Postojanje tačnih i sveobuhvatnih podataka o učestalosti malignih tumora je od izvanrednog značaja za istraživanje uzroka i faktora rizika u nastanku, ishoda liječenja, smrtnosti, određivanje prioriteta u borbi protiv malignoma i planiranju zdravstvene službe.

U našoj zemlji nema jedinstvene i sveobuhvatne registracije karcinoma, iako se čine naponi na njenom uspostavljanju. Za sada su od velike koristi postojeći bolnički registri i dokumentacija, koji ipak mogu ukazati na broj, vrstu i trendove u pojavnosti ovih neoplazmi. Registar malignih neoplazmi Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu predstavlja najveću bazu podataka o malignim tumorima u Bosni i Hercegovini, koja obuhvata 23420 registriranih za vremenski period od 1998. do 2006. godine.

Cilj rada je prikazati raspoložive podatke za genitalne neoplazme za područje Kantona Sarajevo tokom devetogodišnjeg perioda, koji vjerovatno reflektuju ukupnu situaciju, te ih uporediti sa pokazateljima u našoj i okolnim zemljama.

MATERIJAL I METODE

Obrađeni su podaci o novootkrivenim malignim tumorima genitalnih organa žena na području Kantona Sarajevo tokom vremenskog perioda od 9 godina, od 1.1.1998. do 31.12.2006. Najveći dio podataka je prikupljen i obrađen u okviru Registra malignih neoplazmi Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, koji su dopunjeni podacima sa Instituta za patologiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu, Odjela za patologiju Opće bolnice u Sarajevu i Zavoda za javno zdravstvo Kantona Sarajevo.

U ovu analizu su uključeni patohistološki i klinički utvrđeni slučajevi genitalnih tumora. U analizu su uključeni slučajevi intraepitelni neoplazmi. Šifriranje je vršeno na osnovu X revizije Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti (International Classification of Disease - ICD-O).

Imajući u vidu da se gotovo bez izuzetka malignomi dijagnostičiraju i/ili liječe u nekoj od zdravstvenih ustanova Kantona, a koje su obuhvaćene istraživanjem, podaci se mogu sa velikom vjerovatnoćom smatrati sveobuhvatnim i kompletnim.

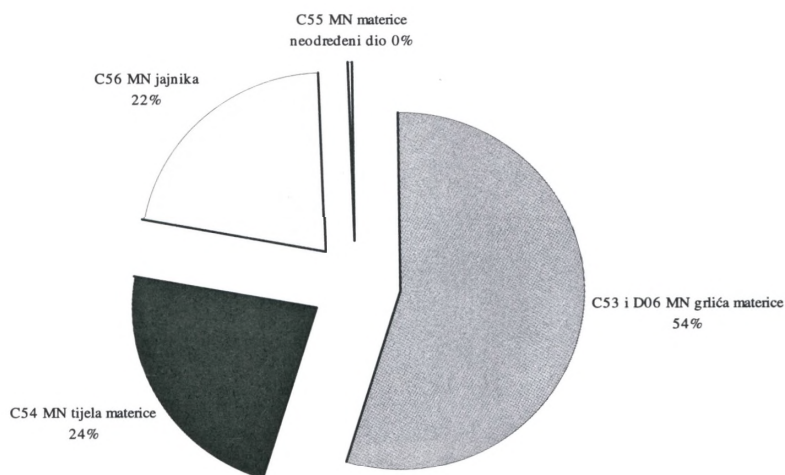
Podaci o broju stanovnika Kantona Sarajevo su dobiveni u Zavoda za statistiku Federacije Bosne i Hercegovine. Za analizu je korišten procijenjeni broj stanovnika u sredini date kalendarske godine. Procjena stanovništva se u navedenoj ustanovi obavlja na za to uobičajeni način, na osnovu prijava rođenja, smrti, mjesta boravka i biračkih spiskova, a polazna osnova je popis stanovništva iz 1990. godine ⁽⁴⁾.

Izračunata je dobno nestandarizirana incidenca (*crude incidence*) po posmatranim godinama i pojedinim lokalizacijama bolesti. Posmatrana je relativna učestalost pojedinih genitalnih tumora. Podaci su komparirani sa regionalnim i svjetskim pokazateljima i razmatrani u svjetlu specifične lokalne situacije.

REZULTATI

U periodu od 1998. do 2006. godine na području Kantona Sarajevo registrirano je 1801 karcinom ženskih genitalnih organa, što čini 11,8% ukupnog broja tumora, odnosno 23,5% svih malignoma kod žena. Najveći broj otpada na karcinom grlića materice, a zatim slijede korpus karcinom i tumori jajnika (Dijagram 1).

Dijagram 1. Procentualna zastupljenost pojedinih ginekoloških tumora na području Kantona Sarajevo u vremenskom periodu 1998 -2006. godina

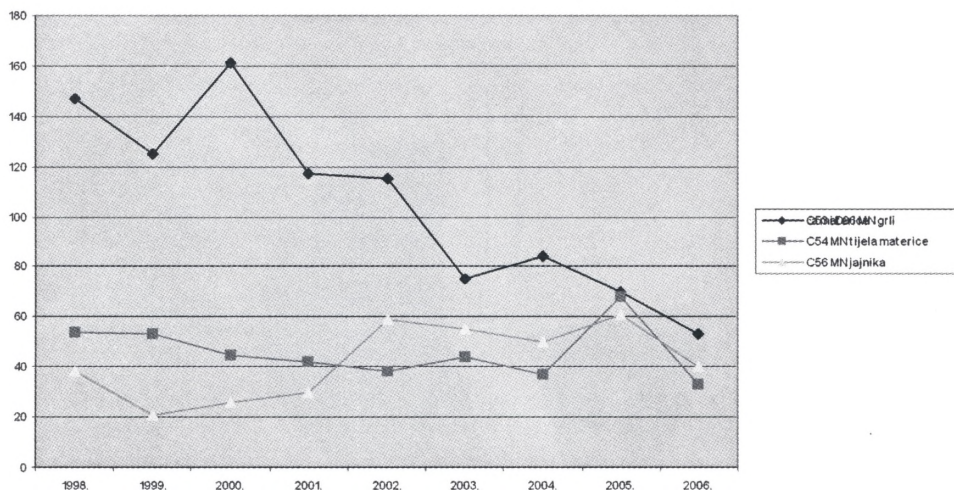


Broj pojedinih tumora ženskih genitalnih organa po godinama je prikazan na Tabeli 1 i Dijagramu 2. Taj se broj postupno smanjivao, najviše na račun cervikalnog karcinoma. Naime, u posmatranom periodu bilježi se stalni pad broja novootkrivenih karcinoma grlića materice, kako invazivnih, tako i intraepitelnih. Broj oboljelih od karcinoma tijela materice je gotovo isti po pojedinim godinama, ali se opaža porast tumora janika, čiji broj od 2003. godine prevazilazi korpus karcinom (Dijagram 2).

Tabela 1. Broj pojedinih tumora ženskih genitalnih po pojedinim godinama na području Kantona Sarajevo u vremenskom periodu 1998-2006. godina

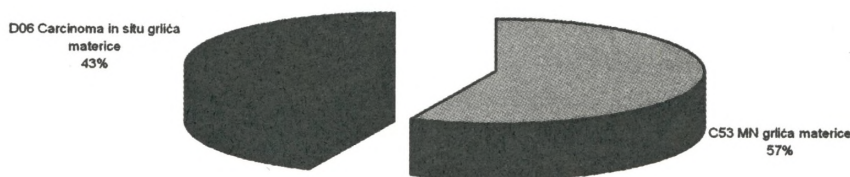
LOKALIZACIJA	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	UKUPNO
C53 MN grlića materice	76	74	72	58	65	58	59	38	36	536
D06 Carcinoma in situ grlića materice	71	51	89	59	50	17	25	32	17	411
C54 MN tijela materice	54	53	45	42	38	44	37	68	33	414
C55 MN materice neodređeni dio			1	1	1		1	2		6
C56 MN jajnika	38	21	26	30	59	55	50	61	40	380
C51 MN vulve	2	2	7	0	0	3	1	4	5	24
C52 MN vagine	9	1	2	7	0	1	1	7	2	30
SVE LOKALIZACIJE	250	202	242	197	213	178	174	212	133	1801

Dijagram 2. Broj najčešćih genitalnih tumora po godinama na području Kantona Sarajevo u vremenskom periodu 1998 - 2006. godina

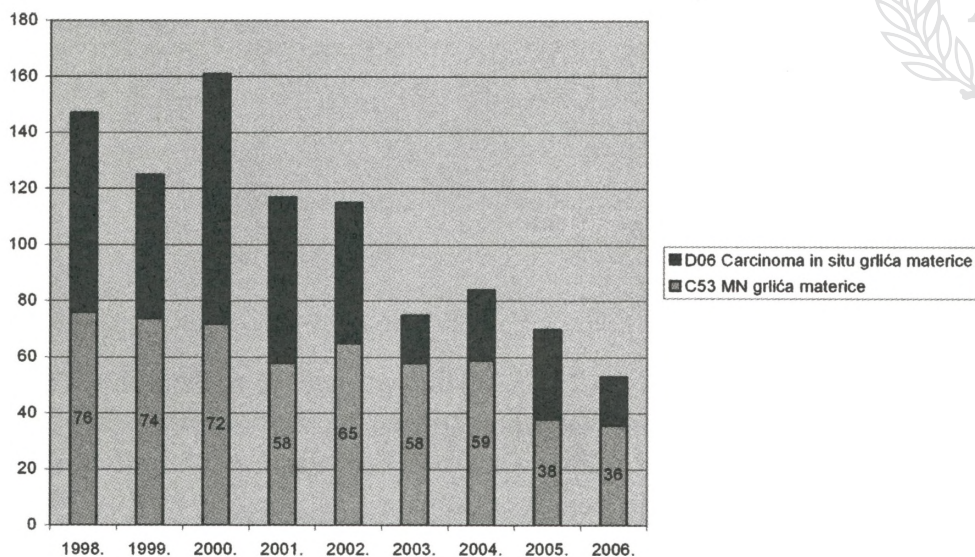


Karcinom grlića materice je od nas još uvijek najbrojniji genitalni tumor. Značajan dio registrovanih slučajeva predstavljaju intraepitelne neoplazme. Odnos invazivnih i intraepitelnih tumora grlića materice prikazan je na Dijagramu 3 i Dijagramu 4.

Dijagram 3. Ukupan odnos intraepitelnih i invazivnih tumora grlića materice na području Kantona Sarajevo u periodu 1998 - 2006. godina



Dijagram 4. Broj invazivnih i intraepitelnih tumora grlića materice po pojedinim godinama na području Kantona Sarajevo u periodu 1998 -2006. godina.

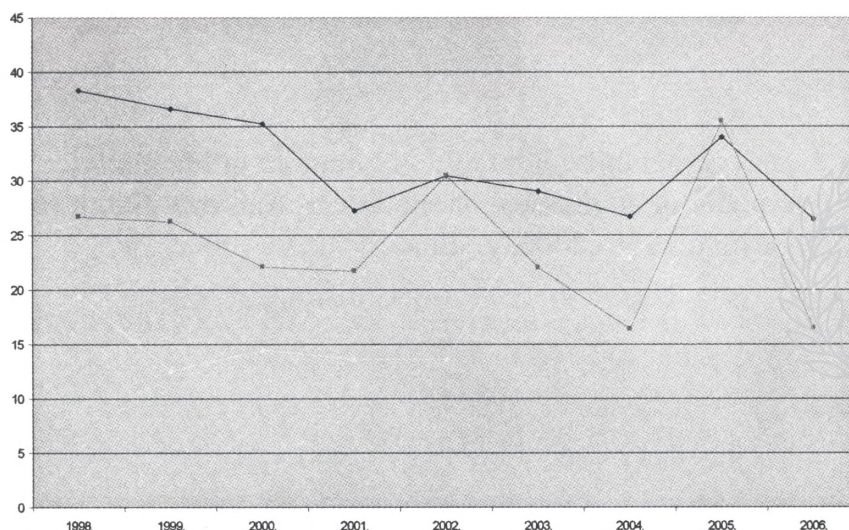


Izračunat je broj pojedinih malignih tumora po pojedinim godinama na 100000 žena Kantona Sarajevo (dobno nestandarizirana, grupa incidenca- *crude incidence*), koji su prikazani su na Tabeli 2 i Dijagramu 5.

Tabela 2. Gruba incidenca (crude incidence) najčešćih ginekoloških tumora na području Kantona Sarajevo u periodu 1998 - 2006. godina.

Godina	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.
Cervix uteri	38,31	36,64	35,2	27,2	30,47	29,00	26,66	34,0	26,5
Corpus uteri	26,66	26,25	22,04	21,7	30,47	21,98	16,37	35,5	16,5
Ovary	19,5	12,54	14,5	13,6	13,6	27,6	22,92	30,5	20,0

Dijagram 5. Gruba incidenca (crude incidence) najčešćih ginekoloških tumora na području Kantona Sarajevo u periodu 1998 -2006. godina.



DISKUSIJA

U periodu od 1998. do 2006. godine ukupno je registrirano 1801 karcinom ženskih genitalnih organa, što čini 11,8% svih slučajeva novih tumora na području Kantona Sarajevo, odnosno 23,5% svih malignoma kod žena. Karcinom cerviksa uterusa je u periodu 1998 - 2004. godina bio na drugom mjestu po učestalosti, odmah nakon karcinoma dojke. U 2005. godini se bilježi više kolorektalnih karcinoma, tako da je karcinom cerviksa na trećem mjestu. U 2006. broj karcinoma pluća kod žena prevazilazi cerviks, koji ostaje na trećem, a kolorektalni karcinom na četvrtom mjestu. Karcinom korpusa i tumori jajnika u posma-

tranom periodu se konstantno nalaze na četvrtom, odnosno petom i šestom mjestu najčešćih tumora žena.

Posmatrano u cjelini, najveći broj ginekoloških tumora čini karcinom cerviksa uterusa, 54% ukupnog broja, dok ostatak otpada gotovo podjednako na karcinom korpusa uterusa - 24% i karcinom ovija - 22%. Neznatan dio otpada na ostale, rijetke ginekološke neoplazme, kao što su primarni tumori vagine i vulve. Po pojedinim godinama, omjer pojedinih genitalnih tumora se postepeno mijenja, u smislu smanjenja procenta cervikalnog karcinoma. Naime, u posmatranom periodu postoji stalni pad broja novootkrivenih karcinoma grlića materice, kako invazivnih, tako i intraepitelnih. Broj oboljelih od karcinoma tijela materice je gotovo isti po pojedinim godinama, ali se bilježi porast tumora jajnika, koji od 2002. godine prevazilazi korpus karcinom.

U Hrvatskoj u 2002. godini na ginekološke tumore otpada 15%. Najučestaliji je karcinom korpusa - 6%, zatim ovarija - 5% i cerviksa - 4%. Najčešći tumori žena u Hrvatskoj su karcinom dojke, rektuma, bronhusa i korpusa uterusa. Broj cervikalnog karcinoma se u periodu 1998 - 2002. zadržava na približno istom nivou, kao i korpusa uterusa. Broj tumora jajnika i u Hrvatskoj pokazuje tendenciju rasta ^(5, 6, 7).

U Engleskoj je karcinom ovarija najzastupljeniji ginekološki tumor i zauzima treće mjesto najčešćih tumora žena, iza karcinoma dojke i debelog crijeva (5% tumora žena - 6734 nova slučaja). Karcinom korpusa je na četvrtom mjestu (4% - 6002 nova slučaja), dok se cervikalni karcinom nalazi među prvih 10 tumora žena ⁽⁸⁾.

Na području Kantona Sarajevo u posmatranom periodu postoji stalni pad broja novootkrivenih karcinoma grlića materice. Bilježi se pad i invazivnih intraepitelnih tumora cerviksa, ali je zabrinjavajuće da po pojedinim godinama postotak neinvazivnih neoplazmi pada (sa cca 50% sa početka perioda na cca 30% u posljednje 3 godine - 48% ; 41%: 55%; 50%; 43%; 23%; 30%; 46%; 32%). Prve godine posmatranog perioda su bile period kada se u Sarajevu skrining ovog tumora odvijao u sklopu međunarodnog projekta, dok je sada dio redovnog programa zdravstvene zaštite, te je vjerovatno manje sveobuhvatan i efikasan. To znači da se na Kantonu Sarajevo oko dvije trećine karcinoma cerviksa dijagnostikuje u invazivnom, često uznapredovalom stadiju, što je u zemljama sa efikasnom i dobro organizovanom zdravstvenom zaštitom rijetkost.

Broj cervikalnog karcinoma na 100000 žena Kantona Sarajevo (*gruba incidenca- crude incidence*) postepeno opada, dok se za karcinom korpusa zadržava na približno istom nivou. Incidenca ovarijalnog karcinoma je u porastu i od 2003. godine nadmašuje karcinom korpusa.

Dobno nestandardizirana, gruba incidenca karcinoma cerviksa uterusa tokom posmatranog perioda pokazuje tendenciju pada. Ona se kreće od 38,3 / 100000 žena u 1998. do 26,5 / 100000 žena u 2006. godini.

Bosna i Hercegovina se ubraja u zemlje u kojima je cervikalni karcinom umjereno čest. Očekivana incidenca za našu zemlju je 18,7 (383 nova slučaja godišnje), a za cijeli region Jugostočne Evrope 21,4⁽¹²⁾. U Hrvatskoj je incidenca cervikalnog karcinoma u 2002. godini bila 15,9, manja nego 1999. i 2000. godine, kada je iznosila 17,2 i 19,0^(5, 6, 7). U to vrijeme se u Sloveniji bilježila stopa od 19,9 i 19,6^(13, 14). Visoko razvijene zemlje imaju incidencu cervikalnog karcinoma ispod 10. Tako je u Engleskoj u 2004. godini iznosila 9,9⁽¹²⁾.

Globalno je cervikalni karcinom je jedan od najčešćih tumora žena (6% svih malignoma). Širom svijeta je cervikalni karcinom na drugom mjestu po učestalosti, nakon karcinoma dojke. To je trenutno treći po redu uzrok smrti žena od karcinoma. Incidenca ove neoplazme jako varira u svijetu. Najveća je u zemljama Latinske Amerike, Indokine, Centralne Afrike i domorodačkog stanovništva Amerike, gdje se penje i na 60 novih slučajeva na 100000 žena⁽⁹⁾. Karcinom cerviksa je udružen sa nižom socio-ekonomskom klasom, multiparitetom, pušenjem, imunodeicijencijom, ranim početkom seksualnog života, većim brojem seksualnih partnera. Rizik razvika cervikalnog karcinoma tokom života žene se cijeni na 0,88%, a rizik smrti od ove bolesti na 0,29. Kod više od 6 seksualnih partnera rizik je veći za 2,2 puta.⁽¹⁰⁾ Uzrok se veže sa humani papiloma virus (HPV), koji je seksualno prenosiv. Prijemčivost za ovog uzročnika je veća kod veoma mladih žena⁽¹¹⁾.

Incidenca cervikalnog karcinoma ima tendenciju stalnog pada u razvijenim zemljama. Smrtnost je takode snižena u razvijenim zemljama. Skrining i druge mjere su dovele do dramatičnog pada. Tako je u Engleskoj od 1988. do 1997. godine incidenca pala za 50%, a mortalitet za 35%. Smrtnost je u USA smanjena u zadnjih 50 godina za 50%. Ipak, broj oboljelih i umrlih u zemljama u razvoju postepeno raste^(2, 8). Nadati se da će vakcina protiv HPV biti dostupna mladim ženama i smanjiti učestalost ove bolesti.

Endometrijalni karcinom se pojavljuje prvenstveno kod postmenopauzalnih žena i učestalost raste sa životnom dobi. Češći kod žena koje su primale nadomjesnu hormonalnu terapiju, tamoxifen, koje su gojazne (kod njih se estrogen producira u masnom tkivu), žena sa Lynch sindromom. Riziko faktori su i hipertenzija, diabetes mellitus type 2. Tamoxifen povećava rizik na 2.3. Rizik kod mladih žena je anovulacija i nuliparitet (kao npr. kod policikličnih ovarija). Rizik je ustvari produženo endogeno, ali egzogeno izlaganje estrogenima. Tako uzimanje egzogenog estrogena povećava rizik endometrijalnog karcinoma 7-10 puta (^{15, 16}). Endometrijalni karcinom je odgovoran za 2% smrtnosti od karcinoma žena. Mortalitet pada od 80-tih godina. Petogodišnje preživljenje je 70%. Generalno se smatra kurabilnom bolešću (²).

Incidenca karcinoma korpusa uterusa na području Kanton Sarajevo varira u posmatranom periodu, od 16,5 / 100000 do 35,5 / 100000, prosječno 24,2 / 100000 žena. To odgovara procijenjenom nivou za našu zemlju od 26,6% (545 novih slučajeva) (¹²). U Hrvatskoj je u 1999. i 2000. godine incidenca bila 25,7 i 22,6, a u 2002. godini 21,4 (^{5, 6, 7}). Tokom 1999. i 2000. godine incidenca je u Sloveniji bila 24,8 i 24,6 (^{13, 14}). U Engleskoj se u 2004. godini bilježi incidenca od 19,9 (⁸).

Ovarijalni karcinom čini oko četvrtinu svih tumora ženskih genitalnih organa. Najveći dio se otkriva u uznapredovalom stadiju. Rizik obolijevanja se vezuje za porodičnu anamnezu, odmaklu životnu dob, hereditarne sindrome kao što je karcinom dojke udružen sa BRCA1 i BRCA2, nepolipozni hereditarni kolorektalni kancer sindrom. Oralni kontraceptivi, porodaji i laktacija, koji smanjuju broj ovulacija, djeluju protektivno (^{17, 18, 19}). Ovarijalni karcinom se smatra najmalignijom neoplazmom ženskih genitalnih organa. Ipak, ukupno preživljenje je povećano sa 30% u 1970. na preko 50% u 1990. To je rezultat hemoterapije bazirane na cisplatinu (²).

U Engleskoj je karcinom jajnika četvrti tumor po učestalosti (5% svih malignoma), najčešći je uzrok smrti od ginekoloških karcinoma i četvrti po redu uzrok smrti kod žena. U Engleskoj je gruba incidenca karcinoma ovarija u 2004. godini 22,3. Većina slučajeva u dobi od preko 55 godina (⁸). U Hrvatskoj je u 1999. incidenca bila 22,9, u 2000. godini 24,6 a u 2002. godini incidenca karcinoma ovarija bila 21,2 (^{5, 6, 7}). U Sloveniji je tokom 1999. i 2000. godine zabilježena incidenca od 17 i 19,4 (^{13, 14}). Procijenjena incidenca ovarijalnih tumora za Bosnu

i Hercegovinu je 15,1 (310 novih slučajeva godišnje) a za cijeli region 15,7. Zabilježena incidenca na Kantonu Sarajevo u posljednje 4 godine značajno prevazilazi očekivani nivo (27,6 ; 22,1; 30,5; 20) ali odgovara onoj u susjednim zemljama ⁽¹²⁾ .

ZAKLJUČAK

U cjelini, tumori genitalnih orana na području Kantona Sarajevo čine gotovo četvrtinu svih malignih neoplazmi žena.

Cervikalni karcinom je kod nas još uvijek veliki zdravstveni problem. On je najčešći malignom ženskih genitalnih organa, a nakon karcinoma dojke i debelog crijeva treći po učestalosti tumor žena.

Iako incidenca ove neoplazme pokazuje tendenciju pada, ona je još uvijek veoma visoka, viša od procijenjene stope i one zabilježene u susjednim zemljama. Značajan broj karcinoma cerviksa se otkriva u odmaklom stadiju bolesti.

Nephodno je redovno i sveobuhvatno provoditi skrining na karcinom cerviksa, za koga je dokazano da je izuzetno djelotvoran i koristan.

Obezbjeđenje HPV vakcine za mlade žene, predstavljalo bi efikasnu primarnu prevenciju karcinoma cerviksa.

Broj otkrivenih karcinoma korpusa uterusa se bitnije ne mijenja u posmatranom periodu. Njegova incidenca odgovara onoj koja se predviđa za našu zemlju i onoj koja se bilježi u susjednim zemljama.

Karcinom ovarija je u evidentnom porastu u Kantonu Sarajevo.

Posljednjih godina broj oboljelih od ovog tumora prevazilazi karcinom korpusa uterusa. Takav trend se bilježi i u drugim dijelovima naše zemlje, ali i šire.

Zabilježena incidenca tumora ovarija je viša od očekivane, ali odgovara regionalnim pokazateljima. U mnogim evropskim zemljama to je najčešći tumor ženskih genitalnih organa.

LITERATURA

1. G.M. Thomas, W.J. Koh, D.H. Moore, C.L. Creutzberg, A.H. Russel, H.C. Cardanes, J. Schilder. Gynecologic Tumors. 1317-1423 in Gunderson&Tepper. Clinical Radiation Oncology. 2007 by Churchill Livingstone. Philadelphia

2. evidence based oncology
3. J. Abraham, JL Gulley, C.J. Allegra: Bethesda Handbook of Clinical Oncology. 2nd Edition. 2005 by Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia
4. Institute for Statistics of Federation Bosnia and Herzegovina: Reports for years 1998, 1999, 2000, 2001 and 2002.
5. Croatian National Insatitute of Public Health: Cancer Incidence in Croatia 1999. Bulletin 24, Zagreb 2001
6. Croatian National Insatitute of Public Health: Cancer Incidence in Croatia 2000. Bulletin 25, Zagreb 2002
7. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Incidenca raka u Hrvatskoj 2002. Bilten br. 27. Zagreb 2004.
8. JR Toms: CancerStats Monograph 2004. Cancer incidence, survival and mortality in the UK and EU. Cancer Research UK 2004.
9. T.P. Canavan, N. R. Doshi.: Cervical Cancer .American Family Phisician 60. 2000
10. J. Shepherd, G. Peersman, Ros Weston and Ibrahim Napuli
Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women Health Education Research, Vol. 15, No. 6, 681-694, December 2000
11. Xavier Castellsagué, Mireia Díaz, Silvia de Sanjosé, Nubia Muñoz, Rolando Herrero, Silvia Franceschi, Rosanna W. Peeling, Rhoda Ashley, Jennifer S. Smith, Peter J. F. Snijders, Chris J. L. M. Meijer, F. Xavier Bosch. For the International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention JNCI Journal of the National Cancer Institute 2006 98(5):303-315; doi:10.1093/jnci/djj067
12. GLOBACON 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC Lyon. IARCPress, 2002.
13. Cancer Registry of Slovenia: Cancer Incidence in Slovenia 1999. Ljubljana 2002
14. Cancer Registry of Slovenia: Cancer Incidence in Slovenia 2000. Ljubljana 2003

15. T. P. Canavan, N.R. Doshi. Endometrial Cancer. American Family Physician 59, 1999
16. Henderson BE, Ross RK, Pike MC, Casagrande JT. Endogenous hormones as a major factor in human cancer. Cancer Res. 1982 Aug;42(8):3232-9
17. A. Lukanova, R. Kaaks: Endogenous Hormones and Ovarian Cancer: Epidemiology and Current Hypotheses Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention Vol. 14, 98-107, January 2005
18. MJ Blend and GJ Ostrowski: Recent advances in the detection of ovarian cancer: a review Journal of the American Osteopathic Association, Vol 94, Issue 4, 305-305
19. Karen J. Carlson; Steven J. Skates; and Daniel E. Singer Screening for Ovarian Cancer 15 July 1994 | Volume 121 Issue 2 | Pages 124-132



GINEKOLOŠKI KARCINOM U TUZLANSKOM KANTONU

Zlatan Fatušić, Asim Musić*, Nusret Sinanović***

** Univerzitetski klinički centar Tuzla, Klinika za ginekologiju
i akušerstvo*

*** Dom zdravlja Kalesija*

UVOD. Najčešća sijela raka u ženskoj populaciji u svijetu su rak dojke i rak vrata materice. U razvijenim zemljama najčešća sijela raka su rak dojke, debelog crijeva, pluća i trupa materice, a u nerazvijenim zemljama rak dojke, grlića materice i želuca i pluća (1,2). Kada je u pitanju ginekološki rak geografska distribucija je evidentno različita: rak grlića materice najveću incidencu ima u Africi, Južnoj Americi i Indiji, rak tijela materice u SAD-u, a karcinom jajnika u Engleskoj i SAD-u (3).

Incidenca najčešćih sijela raka ženske populacije u svijetu

	lokalizacija	broj novooboljelih
Svijet ukupno	dojka	1 050 000
	grlić materice	471 000 (1)
	debelo crijevo	446 000
	pluća	337 000
	želudac	318 000
Razvijene zemlje	dojka	579 000
	debelo crijevo	292 000
	pluća	175 000
	želudac	125 000
	tijelo materice	114 000
Nerazvijene zemlje	dojka	471 000
	vrata materice	379 000 (1)
	želudac	193 000
	pluća	162 000
	debelo crijevo	154 000

Ferlay J et al. GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC

Rak grlića materice je treće najčešće sjelo raka u žena u svijetu i procjenjuje se da godišnje oboli oko 470 000 pacijentica, a da godišnje umre od posljedica raka grlića materice oko 200 000 žena. Od toga se oko 80% obolijevanja i smrti događa u zemljama u razvoju (4). Prosječna incidenca raka materice u Evropi se kreće oko 16,8/100 000 žena. Prognoza je direktno ovisna o kliničkom stadijumu oboljenja u momentu otkrivanja i petogodišnje preživljavanje za SAD iznosi 71%, za Evropu 62% (5). Smatra se da je nužan faktor nastanka raka grlića materice HPV (Humani Papiloma Virus) infekcija, jer je HPV prisutan u 93% novootkrivenih slučajeva. Dodatni riziko-faktori su: rana spolna aktivnost, više seksualnih partnera, nezaštićen spolni odnos, pušenje, anamneza spolno prenosivih oboljenja, niži socio-ekonomski status.



Slika 1. Broj godišnje novootkrivenih slučajeva raka grlića materice u svijetu prema geografskoj distribuciji.

Rak trupa materice ima incidencu u svijetu sa oko 189000 novootkrivenih slučajeva i mortalitet od oko 44000 slučajeva (6,7). U SAD-u to je najčešći ginekološki karcinom. Prosječna incidenca za Evropu je 15,6/100 000 žena. Petogodišnje preživljavanje za SAD iznosi 86%, a za Evropu 75%. Riziko-faktori su: povećana izloženost

estrogenima, dob iznad 40 godina života, menarha prije 12. godine, pretilnost, infertilnost, anamneza raka dojke ili jajnika, dijabetes.

Rak jajnika ima incidencu u svijetu oko 192000, a mortalitet oko 114200 žena (3,8). Stope incidence su u prosjeku dva puta veće u razvijenim nego u nerazvijenim zemljama. Ukupna stopa za Evropu iznosi oko 13,4/100 000 žena, s tim da je veća u zemljama sjeverne Evrope. Rak jajnika najčešće nastaje poslije 65 godina životne dobi. Faktori rizika su: postmenopauza, menarha prije 12. godine života, nadomjesna terapija estrogenima, prehrana bogata mastima, anamneza raka dojke, genetski faktor.

Rak vagine i vulve je mnogo rjeđi, a kao riziko-faktori se pominju infekcije sa HPV-om, hronična iritacija, pušenje, nizak socio-ekonomski status (9,10).

MATERIJAL I METOD. Retrospektivnom studijom smo u 15-godišnjem periodu od 1992. do 2006. godine analizirali incidencu ginekološkog karcinoma u Tuzlanskom kantonu i njihov međusobni brojevi odnos, prema organu na kojem su nastali.

REZULTATI I DISKUSIJA. U Tuzlanskom kantonu živi oko 600000 stanovnika od toga oko 200000 žena starijih od 14 godina. Analizirajući učestalost i dinamiku pojavljivanja ginekološkog karcinoma zapaža se konstantna učestalost kroz vremenski period od 15 godina sa značajno povećanom incidencom 1998. godine i pikom 1999. godine. Poslije toga incidenca ukupnog broja ginekološkog karcinoma bilježi blagi pad (Slika 2).



Upoređujući distribuciju ginekološkog karcinoma prema mjestu pojavljivanja u analiziranom periodu na ukupno 889 novootkrivenih ginekoloških malignih tumora, zapaža se najčešća učestalost raka grlića materice (49,83%), zatim slijede rak tijela materice (24,07%), rak jajnika (23,62%), rak vulve sa učešćem od 1,12%, rak jajovoda sa 0,67% i rak vagine sa 0,67%.

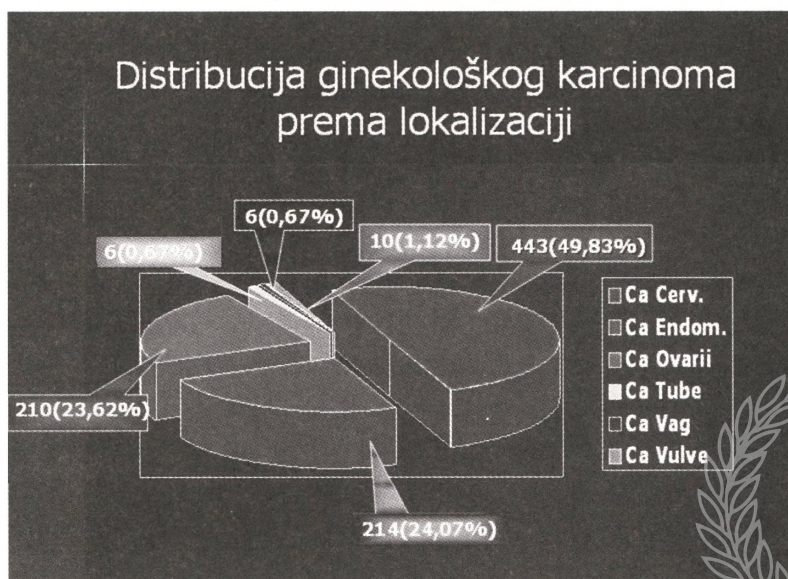
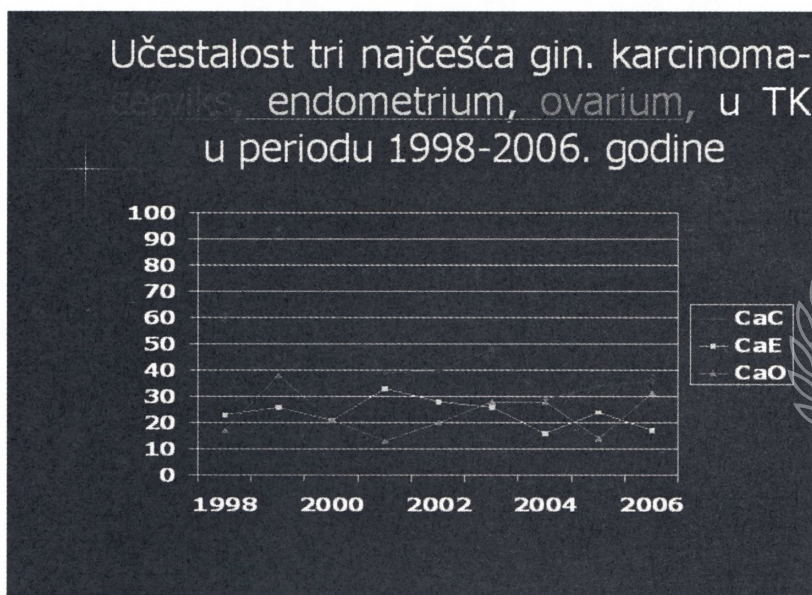


Tabela 2. Godišnja distribucija ginekološkog karcinoma (ukupno 889 slučajeva)

Година	Ца цервигис	Ца ендометри	Ца овари	Ца тубе	Ца вагине	Ца вулве
1998.	59	23	17	1	1	0
1999.	94	26	38	1	1	2
2000.	64	21	21	0	1	1
2001.	39	33	13	0	1	1
2002.	40	28	20	1	0	1
2003.	48	26	28	0	1	1
2004.	29	16	28	0	1	1
2005.	34	24	14	1	0	2
2006.	36	17	31	2	0	1
Укупно	443(49,83%)	214(24,07%)	210(23,63%)	6(0,67%)	6(0,67%)	10(1,12%)

Analizirajući učestalost tri najčešća novootkrivena ginekološka karcinoma u posmatranom periodu evidentno je da se broj novootkrivenih karcinoma grlića, kao najčešćeg ginekološkog karcinoma konstantno smanjuje, dok incidenca raka tijela materice ima konstantan broj novootkrivenih slučajeva. Broj novootkrivenih slučajeva raka ovarijuma u posljednjih četiri godine ima stabilnu incidencu, ali brojem premašuju broj dijagnostikovanih slučajeva raka tijela materice.

Prema broju novootkrivenih slučajeva raka grlića materice u posmatranom periodu incidenca se kreće oko 20 novootkrivenih slučajeva na 100000 žena, što se smatra vrlo visokom incidencom.



Prema kliničkom stadijumu u momentu postavljanja dijagnoze raka grlića materice, poražavajući je podatak da se samo 20,35% novootkrivenih pacijentica nalazi u operabilnom stadijumu, kada je i prognoza bolja, a čak 79,65% pacijentica u inoperabilnom stadijumu bolesti. Rak grlića materice se u 69,47% slučajeva otkrije kod žena do 50 godina životne dobi (Tabela 3 i 4).

Tabela 3. Rak grlića materice prema kliničkom stadijumu u momentu postavljanja dijagnoze

σταδιум	Iα	Iβ	IIα	IIβ	IIIα	IIIβ	IVα	IVβ
α	8,75	2,85	8,75	54,28	2,85	8,75	5,71	8,75

Tabela 4. Rak grlića materice: dobna struktura oboljelih pacijentica u momentu postavljanja dijagnoze

21-30 γ	31- 40 γ	41-50 γ	51-60 γ	> 61 g
8,47α	27,11α	33,89α	16,94α	13,55%

ZAKLJUČAK. Prema broju novootkrivenih ginekoloških karcinoma područje Tuzlanskog kantona se nalazi u grupi regija sa visokom incidencom novootkrivenih slučajeva, posebno raka grlića materice sa oko 20 novootkrivenih slučajeva na 100000 žena. Zabrinjavajući je i podatak da se u momentu postavljanja dijagnoze raka grlića materice samo 20,35% pacijentica nalazi u operabilnom stadijumu oboljenja. Sve nabrojano nalaže organizaciju primarne i sekundarne prevencije raka grlića materice, organizovanu na svim nivoima i u svim strukturama društva.

Činjenica da se sve češće kao novootkriveni maligni tumori pojavljuju tumori jajnika, nalaže potrebu za organizovanim traganjem unutar rizičnih grupa pacijentica.

LITERATURA:

1. World Health Organisation. National Cancer Center Control programmes; policies and managerial guidelines. 2nd Edition. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2002.
2. Ferlay F, Gray P, Pisani DM. GLOBOCAN 2000: cancer Incidence, mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0.
3. Parkin DM, Whelan sl, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer Incidence in five Continents, Vol VIII (IARC Scientific publications No.155). Lyon, France: International Agency for research on cancer, 2002.
4. Šamija M, Šobat H, Ćorušić A, Babić D. Ginekološka onkologija. Medicinska naklada, Zagreb: 2005; 3-14.
5. Boyle P, Autier P, Bertelink H, Baselga J, Boffeta P at all. European Code Against cancer and scientific justification: third version (2003). Annals of Oncology 2003; 14: 973-1005.
6. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mnortality in Europe in 1995. European Journal of Cancer 2002; 38: 99-166.
7. Persson I, Adami HO, Endometrial cancer. U: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D (Ur.):Texbook of cancer Epidemiology. New York:Oxford University Press, 2002; 359-372.
8. Gertig D, Hunter D. Ovarian cancer. U: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D (Ur.): Textbook of cancer epidemiology. New York:Oxford University Press, 2002; 278-399.
9. American Cancer Society: Cancer reference Information (http://WWW.cancer.org/docroot/CRI/CRI_0.asp)
- 10 Levi F, Randimbison L, La Vecchia C. Descriptive epidemiology of vulvar and vaginal cancers in Vaud, Switzerland, 1974-1994. Ann Oncol 1998; 9(11): 1229-1232.

Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Cavtat 18 - 21.04. 2007:

"International workshop on Human Papillomavirus and Consensus Recommendations for Cervical Cancer Prevention and Colposcopy Training" ("Međunarodna radionica o humanim papiloma virusima (HPV), Konsenzus preporuke o prevenciji karcinoma vrata materice")

Organizator - Institut Ruđer Bošković iz Zagreba koji je član ECCA-e (European Cervical Cancer Association).



Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Devet ljekara iz Bosne i Hercegovine:

Prof. dr.sci. Nenad Babić, Banja Luka,

Mr. sci. dr. Vajdana Tomić Mostar,

Prof. dr.sci. Ermina Iljazović Tuzla,

Prof. dr.sci. Zlatan Fatušić, Tuzla,

Doc. dr. sci. Sebiya Izetbegović, Sarajevo,

Prim. dr. sci. Jasmina Gutić, Sarajevo,

Mr. sci. Dr. Tomić-Čiča Anja, Sarajevo,

Dr. Aida Đurđević-Đulepa, Sarajevo,

Mr.ph. Amela Alagić, Sarajevo,

Inicijativni odbor je predložio:

Predsjednik:

Prof. dr Ermina Iljazović,

Podpredsjednici:

Doc. dr. Sebiya Izetbegović

Prof. dr Nenad Babić,

Sekretar:

Mr.ph. Amela Alagić



Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Uključiti:

- Zeničko-Dobojski kanton
- Srednjobosanski kanton
- Unsko-sanski kanton
- Bosansko – podrinjski kanton
- Zapadno-hercegovačka županija
- Herceg – bosanska županija
- Posavski kanton
- Distrikt Brčko
- Predstavnike iz Republike Srpske



Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

- **Osnovne djelatnosti i ciljevi Nacionalnog odbora će biti:**
- informisanje i podizanje svijesti javnosti o raku grlića materice izdavanjem stručnih članaka, brošura, letaka i ostalog edukativnog materijala te održavanje predavanja i simpozija iz područja svoje djelatnosti te ukaživanje na mjere koje treba poduzeti za smanjivanje pojavnosti ove vrste raka u BiH,
- **organizovanje akcija za rano otkrivanje raka grlića materice**, pružanje pomoći u provođenju tih akcija,
- pomoć zdravstvenoj službi u **organizovanju i promociji skrininga** za prevenciju i rano otkrivanje raka grlića materice,
- pomoć u edukaciji i djelotvorne prevencije raka grlića materice,
- prikupljanje sredstava za edukaciju stručnjaka iz područja raka grlića materice i njegove prevencije te za poboljšanje prevencije raka grlića materice,
- prikupljanje naučno-istraživačkog rada u prevenciji raka grlića materice,
- razvijanje programa međunarodne saradnje te uključivanje u rad renomiranih stručnjak iz područja prevencije, dijagnostike i liječenja raka grlića materice,
- učestvovanje na stručnim skupovima u zemlji i svijetu te pomoć pri organizaciji istih
- jačanje saradnje sa srodnim organizacijama u BiH i izvan nje.

Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Do sada urađeno:

- pismo namjere ministrima,

- Poštovani gospodine Ministre,
- Karcinom grlića materice predstavlja jedan od najvećih zdravstvenih, psiholoških i socijalnih problema žena širom svijeta. Svake 2 minute u svijetu, a svakih 15 minuta u Evropi umire jedna žena zbog karcinoma grlića materice.
- Cervikalni karcinom je danas treći vodeći uzrok smrti kod ženske populacije nakon karcinoma dojke i pluća. Svake godine bilježi se oko 500.000 novootkrivenih slučajeva i više od 270.000 smrtnih ishoda kao posljedice ovog oboljenja.
- Istraživanja su pokazala da su gotovo svi cervikalni karcinomi uzrokovani perzistentnom infekcijom određenim tipovima visoko kontagioznih i raširenih onkogenih virusa: humanim papiloma virusima (HPV). Od ukupno 100 do danas poznatih tipova HPV, 15 onkogenih tipova uzrokuje teže forme prekursornih lezija i karcinom grlića materice. Zajedno HPV tip 16 i 18 su uzročnici u više od 70% svih karcinoma grlića. Smatra se da čak 80% žena nekad tokom života stekne infekciju sa HPV, a rizik započinje sa prvim seksualnim odnosom. HPV se lako prenosi i spada u grupu seksualno prenosivih oboljenja. Značajan dio HPV infekcija nestaje spontano pod uticajem normalnog imunog odgovora, ali još uvijek značajan dio, u slučaju perzistentne HPV infekcije razvija cervikalni karcinom.
- Do danas nije poznat nikakav specifičan tretman onkogene HPV infekcije, tako da vakcinacija predstavlja zasad najbolji način zaštite od razvoja HPV udruženih prekursornih promjena i karcinoma grlića materice. Danas je dostupna profilaktička HPV vakcina i to Merckova kvadivalentna vakcina, dostupna pod imenom Gardasil™, a u proceduri registracije je i bivalentna vakcina kompanije GlaxoSmithKline.
- Premda ne može detektovati sve prekancerozne lezije i karcinome, skrining program ili aktivno traženje je veoma bitno i u značajnoj mjeri (do 80%) redukuje incidenciju abnormalnih citoloških nalaza ali i stopu smrtnosti zbog karcinoma grlića. Najjednostavniji način sprovođenja skrininga za visoko rizicne lezije grlića i cervikalni karcinom predstavlja analiza PAPA nalaza odnosno analiza ćelija u brzu grlića materice. Za klasifikaciju i determinisanje nadenih citoloških promjena koristi se Bethesda sistem klasifikacije. U kombinaciji sa detekcijom infekcije sa HPV povećava senzitivnost traženja visokozloćasnih lezija. Rizik razvoja cervikalnog karcinoma je oko 6 puta veći kod žena koje nisu obuhvaćene regularnim skriningom, a u zemljama u razvoju, gdje pripada i Bosna i Hercegovina manje od 5% žena je upisane u skrining.
- Kao što Vam je poznato u Bosni i Hercegovini ne postoji jedinstven nacionalni registar malignih oboljenja, ni jedinstvena baza podataka, pa se učestalost svih pa i ovog oboljenja uglavnom bazira na pojedinačnim i regionalnim studijama i istraživanjima.
- Karcinom grlića materice predstavlja gotovo u potpunosti preventibilno oboljenje. Izlječenje i preživljavanje za neinvazivne forme i formu mikroinvazivnog

Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Prijedlog pristupnice nacionalnom odboru:

- PRISTUPNICA NACIONALNOM ODBORU BIH
- ZA PREVENCIJU RAKA GRLIĆA MATERICE
- IME I PREZIME
- USTANOVA
- ULICA I KUĆNI BROJ
- MJESTO
- POSTANSKI BROJ
- TELEFON
- MOBILTEL
- E-MAIL
- POTPIS

Ovim potpisom pristajem učestvovati u radu Nacionalnog odbora BiH za prevenciju raka grlića materice.

- RADNA GRUPA U ČIJIM AKTIVNOSTIMA I RADU ŽELIM UČESTVOVATI (molimo zaokružiti)

- Radna grupa za edukaciju i informisanje
- Radna grupa za razvoj programa prevencije
- Radna grupa za društvenu inicijativu

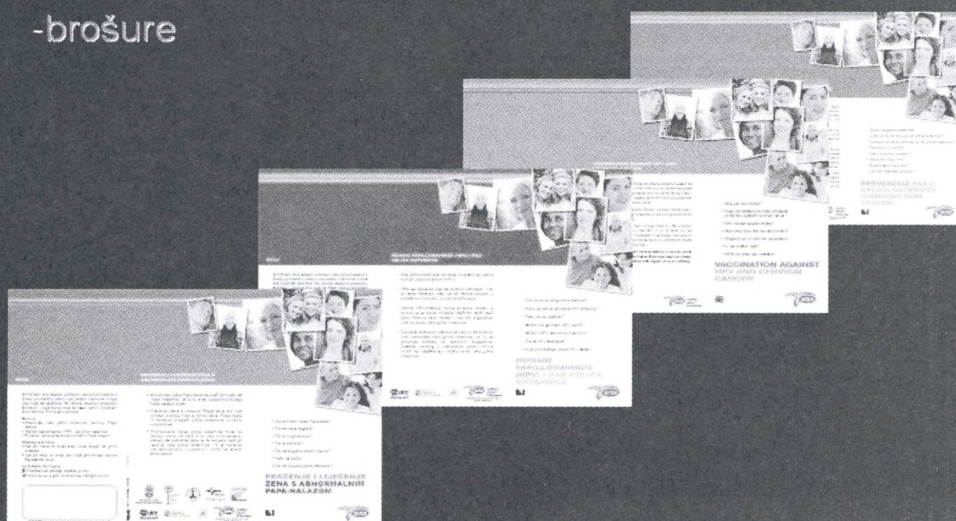
Obavezuje se čuvati privatnost i tajnost Vaših ličnih podataka, u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka. Pa tome prikupljamo samo Vaše osnovne podatke, informišemo Vas o načinu korištenja istih, te Vam redovno dajemo mogućnost izbora o upotrebi Vaših ličnih podataka. Lični podaci članova pohranjeni u Nacionalnom odboru čuvaju se na siguran način i dostupni su samo predsjedniku, potpredsjednicima i sekretaru koji ujedno vodi popis članova Nacionalnog odbora. Upotreba podataka ograničena je na komunikaciju s članovima u smislu obavještanja o novostima i djelatnostima Nacionalnog odbora. Nacionalni odbor garantira da lični podaci neće nikada biti dati na uvid i upotrebu trećoj strani, bez prethodne izričite saglasnosti člana. Ispunjavanjem pristupnice potvrđujete tačnost i potpunost navedenih podataka te dajete izričitu saglasnost da Nacionalni odbor može, u skladu sa odredbama važećeg Zakona o zaštiti ličnih podataka, obrađivati lične podatke naznačene u pristupnici za potrebe vlastitih evidencija i pružanja usluga obavještanja o novostima i djelatnosti Nacionalnog odbora.

Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

- pismo namjere u članstvo ECCA,
- animiranje javnosti putem medija,
- izrađen prijedlog statuta Odbora,
- izrađen prijedlog za logo Odbora,

Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

-brošure



Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Radne grupe Nacionalnog odbora

- za edukaciju i informisanje - Edukacija ljekara u prvoj fazi, žena i opće populacije u drugoj fazi. Predstavljanje programa skrininga ljekarima u prvoj fazi. U drugoj fazi informisanje i educiranje te ohrabrivanje žena da krenu u preventivnu akciju – screening
- za razvoj programa prevencije - Grupa koja će raditi na implementaciji programa i njegovu provođenju. Grupa koja će preporučivati vakcinaciju, ali i raditi na proceduri nabave cjevika i cijepljenja o kojem ginekolozi ne znaju
- za društvenu inicijativu i humanitarni rad - Političarke i bolesnice uglavnom, koje će raditi na lobiranju za program, a kasnije i za vakcine i vakcinaciju. Prvi zadatak je organiziranje kratkih predavanja za političarke i političare u Vladi. Uključivanje u ECCA-om – Europska udruga za rak grlića materice (European Cervical Cancer Association)



Inicijativni (Nacionalni) odbor BiH za prevenciju raka grlića materice

Aktivnost uključuje:

- Ginekologe,
- pedijatre,
- epidemiologe,
- patologe i citologe,
- udruženja žena,
- udruženja žena oboljelih od karcinoma grlića materice,
- osobe iz javnog života, političari/ke, sportisti, umjetnici...

INCIDENCIJA CERVICALNOG KARCINOMA U REPUBLICI SRPSKOJ U PROTEKLIM PET GODINA

Nenad V. Babić¹, Tanja Milić², Duško Deura³, Dobriša Radić¹

*Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske¹,
Klinika za ginekologiju i akušerstvo,
Klinički centar Banja Luka²,
JZU Dom Zdravlja, Banja Luka,
Konsultativno – specijalistička služba³*

SARAJEVO, 08.06.2007.

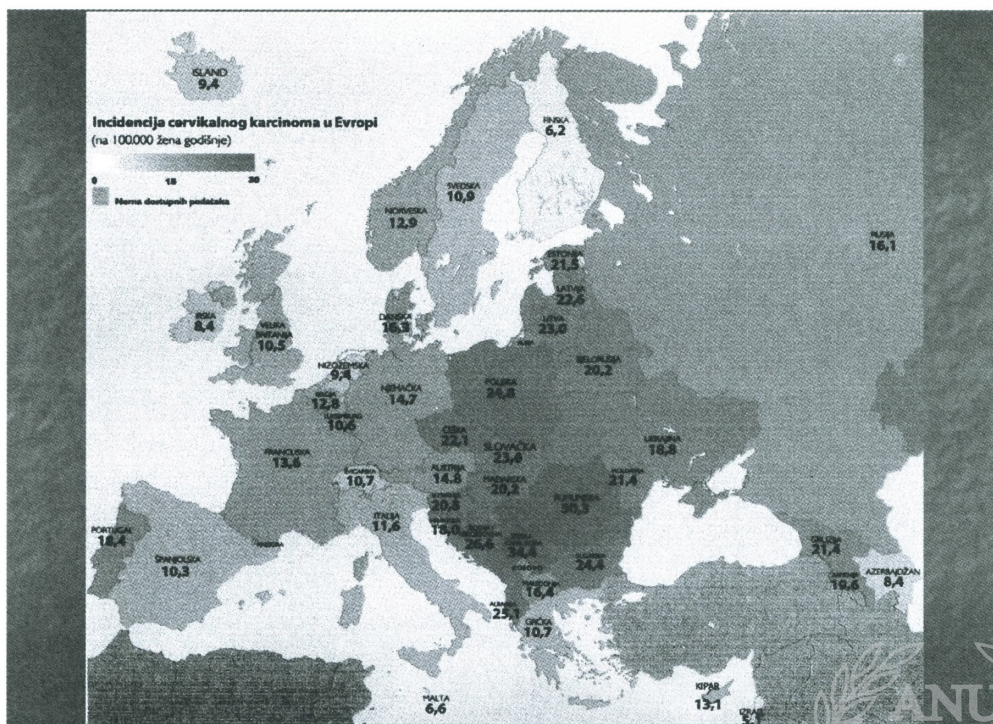


UVOD

Karcinom grlica materice jedan je od najucestalijih malignih tumora žene, odmah iza karcinoma dojke.

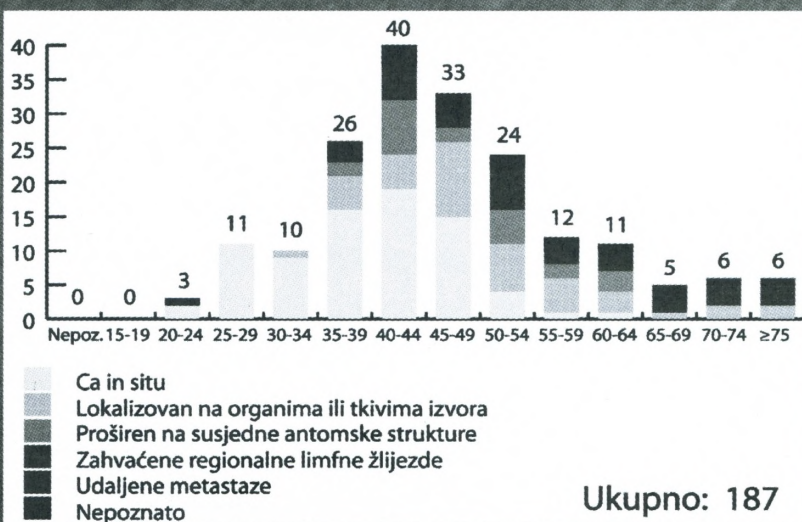
Godišnje se u svijetu zabilježi oko 510 000 novih slučajeva cervikalnog karcinoma.

Svake godine od ove bolesti u svijetu umre 280 000 žena, otprilike jedna žena svake dvije minute.



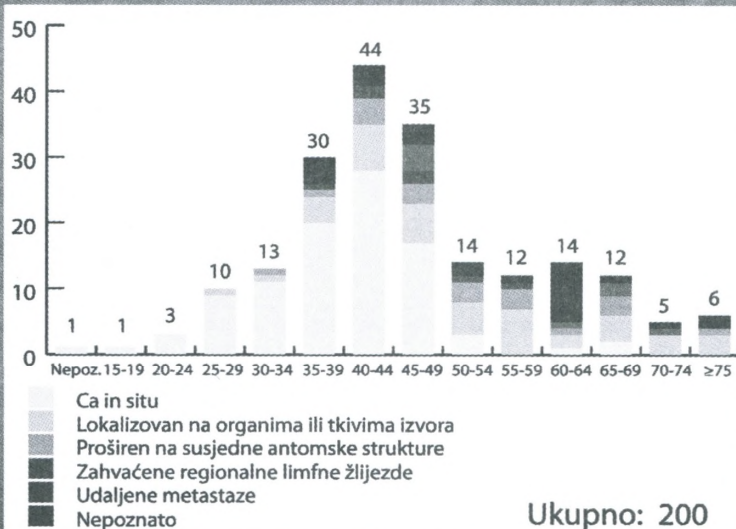
EPIDEMIOLOGIJA

Incidenција cervikalnog karcinoma u Republici Srpskoj 2001.



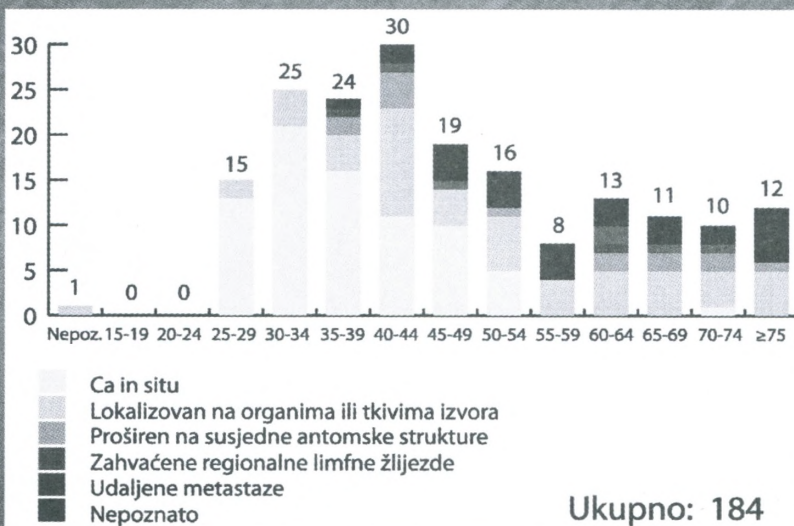
EPIDEMIOLOGIJA

Incidenција cervikalnog karcinoma u Republici Srpskoj 2002.



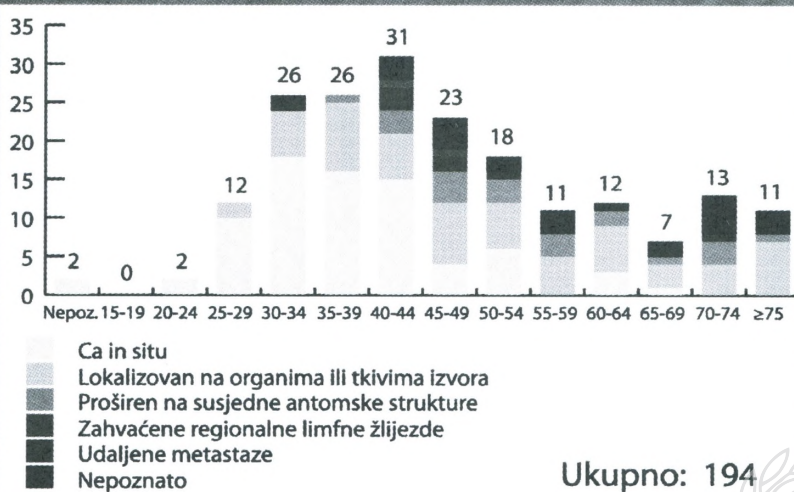
EPIDEMIOLOGIJA

Incidenција cervikalnog karcinoma u Republici Srpskoj 2003.



EPIDEMIOLOGIJA

Incidencija cervikalnog karcinoma u Republici Srpskoj 2004.



Ukupno: 194

EPIDEMIOLOGIJA

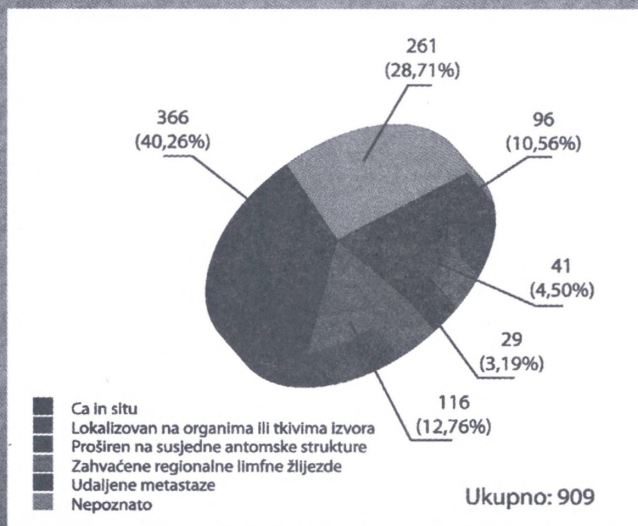
Incidencija cervikalnog karcinoma u Republici Srpskoj 2005.



Ukupno: 144

EPIDEMIOLOGIJA

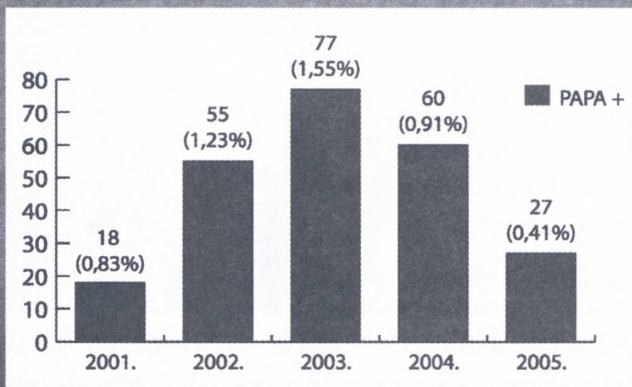
Distribucija stadijuma cervikalnog karcinoma 2001-2005.



REZULTATI PAPA NALAZA

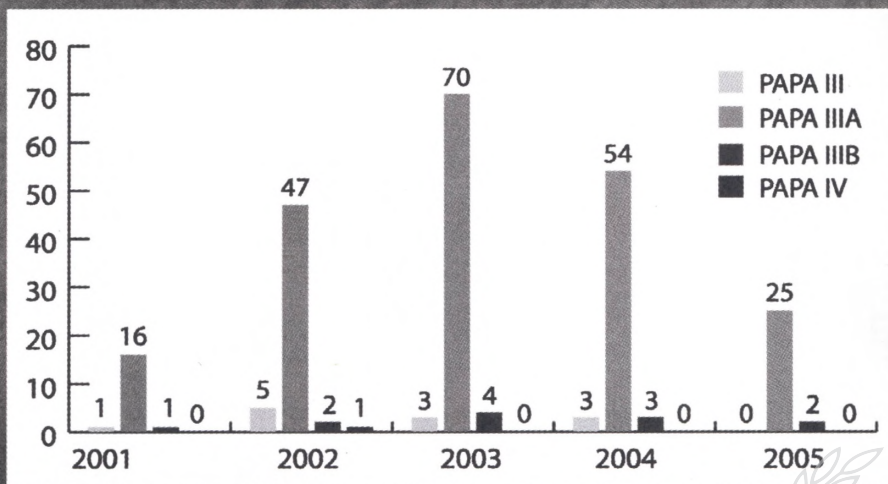
U proteklih 5 godina u JZU Dom zdravlja Banja Luka uzeto je ukupno 24841 PAPA briseva, s tim da je broj uzetih briseva kontinuirano rastao sa 2160 u 2001. na 6650 u 2005. godini.

Od ukupog broja nalaza 237 (0,95%) je bilo pozitivnih, što je prikazano na slijedećem grafikonu:



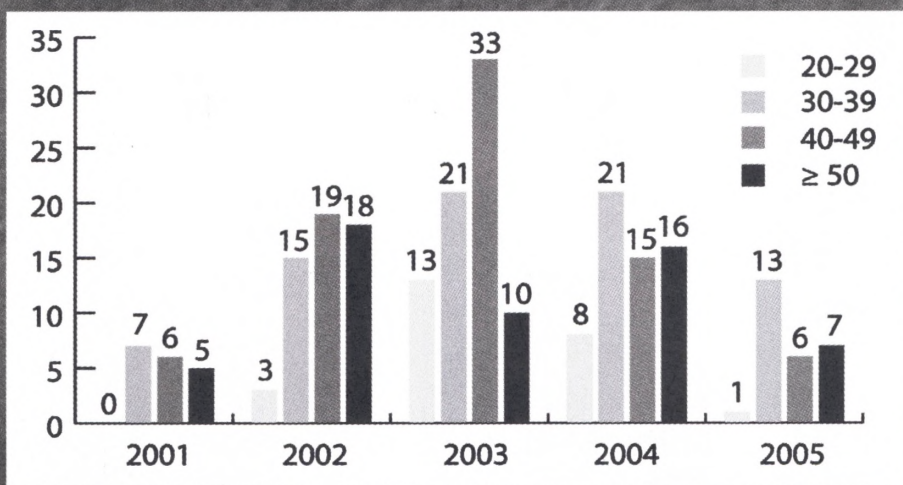
REZULTATI PAPA NALAZA

Distribucija pozitivnih nalaza prikazana je na sledecem grafikonu:



REZULTATI PAPA NALAZA

Distribucija pozitivnih nalaza prikazana je na sledecem grafikonu:



PILOT PROJEKAT

Najznacajniji dokazani faktor rizika za nastanak cervikalnog karcinoma je infekcija sa HPV-om.

Poznato je preko 100 tipova HPV-a, od cega njih 15 djeluje onkogeno i može dovesti do karcinoma grlica materice.

Prekancerogene promjene i karcinom cerviksa najčešće uzrokuju infekcije sa HPV tipovima 16 i 18, u 70% slucajeva, a zajedno sa tipovima 45 i 31 odgovorni su za nastanak više od 80% cervikalnih karcinoma.

Procjenjeno je da se 50 do 80% polno aktivnih žena u toku svog života zarazi sa HPV-om i da je do 50% tih infekcija izazvno onkogenim tipovima.



PILOT PROJEKAT

Procjenjuje se da PAPA test smanjuje rizik za nastanak karcinoma za 80%.

Danas je „zlatni standard“ testiranja na HPV kombinacija dva testa:

Citologija grlica materice (PAPA-test) i

DNA hibridizacija HPV-a visokog rizika (hc2 HPV VR) – dijagnosticki test, kojim se određuje prisustvo 13 tipova HPV VR u brisu grlica materice.

Navedena dva testa su metode primarnog skrininga.

U Republici Srpskoj je u periodu od godinu dana u planu sprovođenje Pilot projekta: Kombinovana primjena HPV testiranja i PAPA-citologije u prevenciji karcinoma grlica materice.

Predviđeno je da projektom bude obuhvaćeno 1000 žena u cijeloj Republici Srpskoj a obrada uzoraka bi se vršila na sledeća tri punkta: Klinicki centar Banja Luka, Klinicki centar Istocno Sarajevo i Opšta bolnica u Bijeljini.

ZAKLJUČAK

- Teoretski gledano, nijedna žena ne bi trebala oboljeti od raka grlica materice, s obzirom da se radi o ogranu, koji je dostupan pregledu golim okom.
- Potrebno je informisati i podići svijest javnosti o raku grlica materice izdavanjem stručnih članaka, brošura, letaka i ostalog edukativnog materijala, te održavanjem predavanja i simpozijuma.
- U JZU Dom zdravlja u Banjoj Luci u periodu 2001.-2005. uzeto je 24 841 PAPA nalaz, od čega je 237 bilo pozitivno (0,95%). U 32, 49% pozitivnih nalaza radi se o PAPA IIIA grupi, dok su više grupe rjede zastupljene. Najveći procenat pozitivnih PAPA nalaza je u starosnoj grupi 40-49 godina.



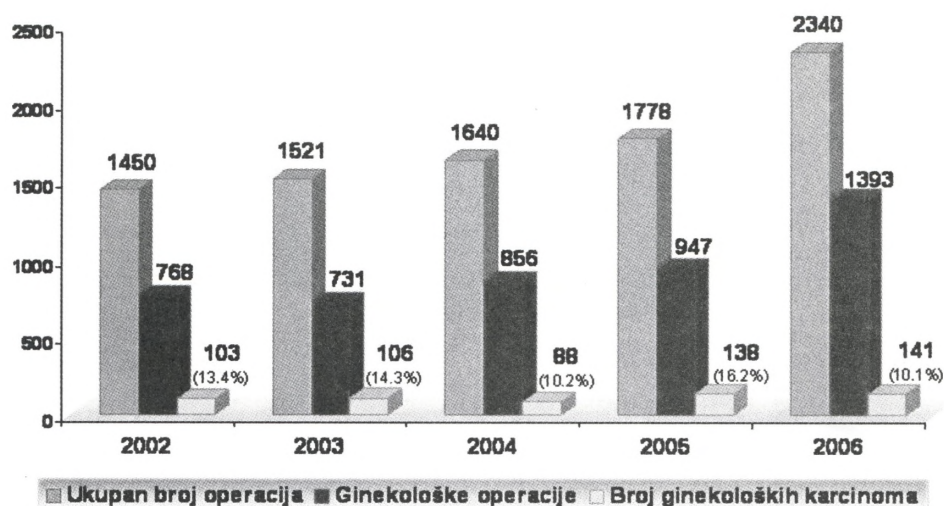
ZAKLJUČAK

- U Republici Srpskoj planirano je sprovođenje Pilot projekta za rano otkrivanje karcinoma grlića materice primjenom kombinacije hc2 HPV DNA-testiranja i PAPA citologije, kao metoda primarnog skrininga.
- Takode je neophodna integracija podataka, formiranje Registra cervikalnog karcinoma i jedinstvenog informacionog sistema na nivou Republike Srpske i Bosne i Hercegovine, elektronski umreženog, koji be se povezao sa ECCA-om (European Cervical Cancer Association).

Pregled ginekoloških karcinoma na GAK Sarajevo u petogodišnjem periodu (2002 – 2007)

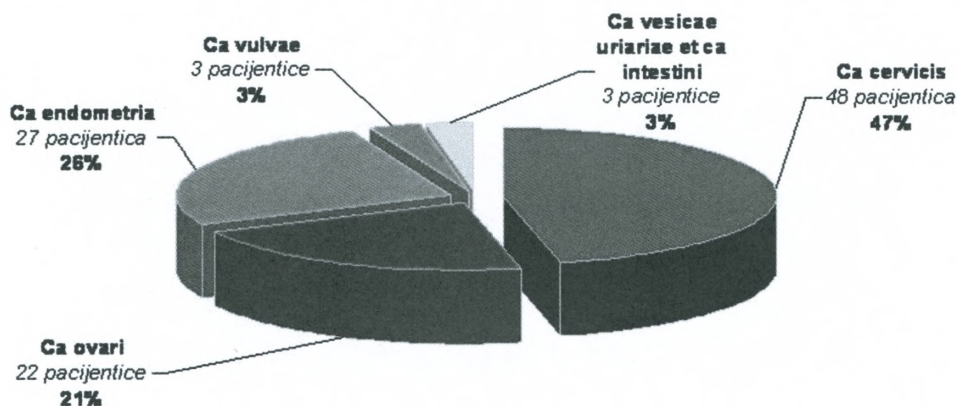
Doc. dr. sci. Sebija Izetbegović

Ukupan broj obavljenih operacija



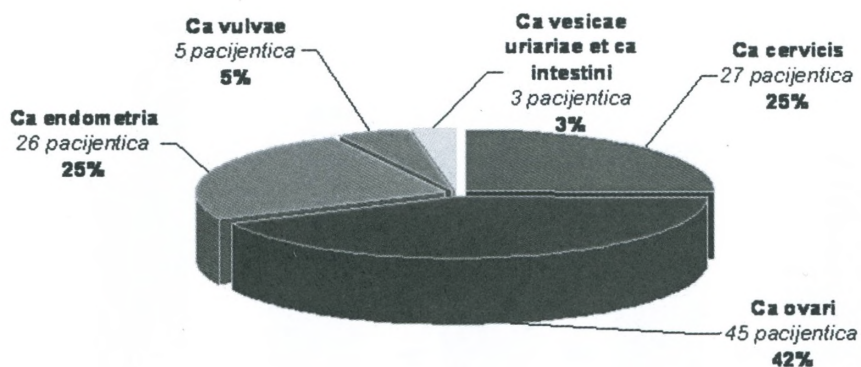
Prikaz operiranih ginekoloških karcinoma u 2002. godini

Ukupno 103 pacijentice



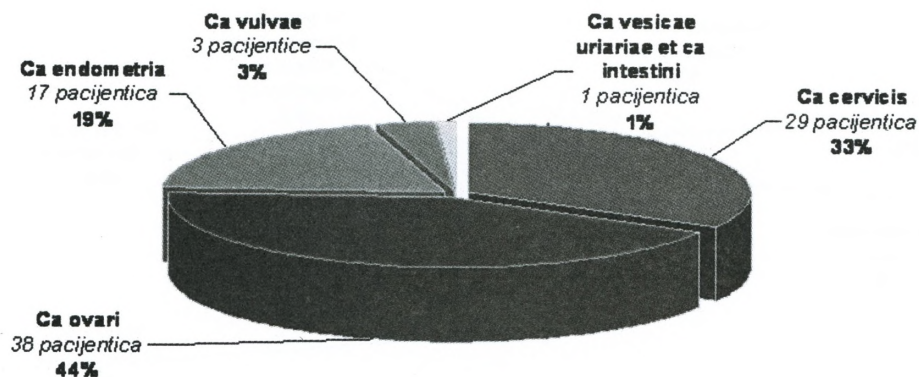
Prikaz operiranih ginekoloških karcinoma u 2003. godini

Ukupno 106 pacijentica



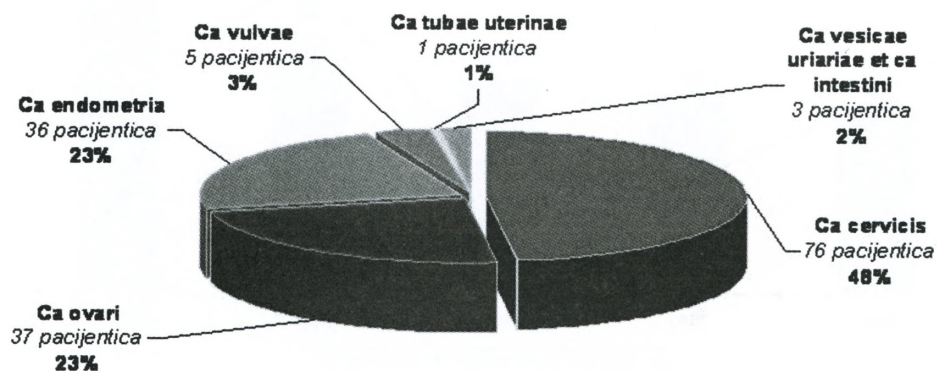
Prikaz operiranih ginekoloških karcinoma u 2004. godini

Ukupno 88 pacijentica



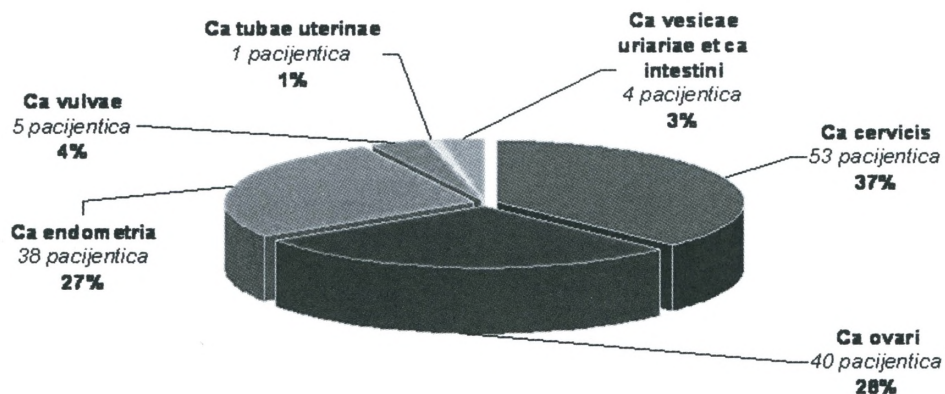
Prikaz operiranih ginekoloških karcinoma u 2005. godini

Ukupno 138 pacijentica

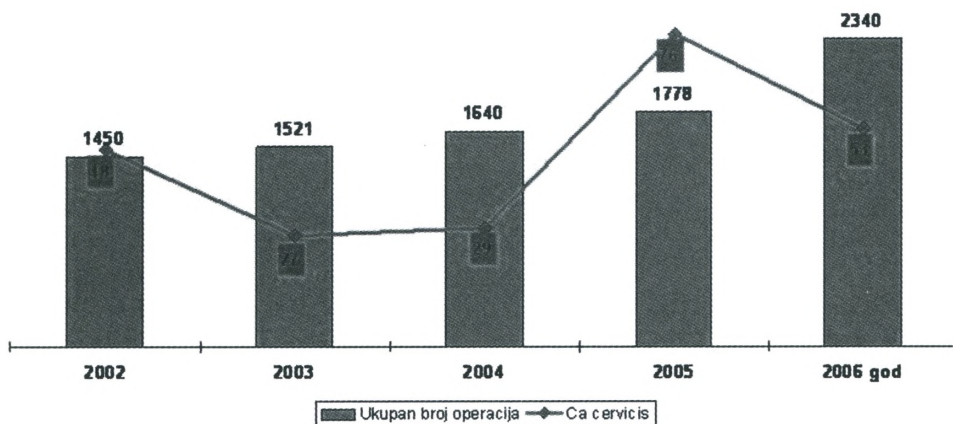


Prikaz operiranih ginekoloških karcinoma u 2006. godini

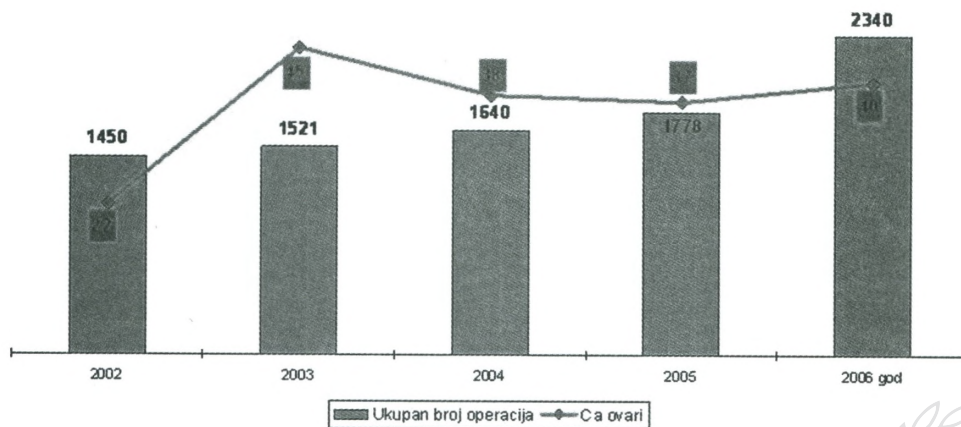
Ukupno 141 pacijentica



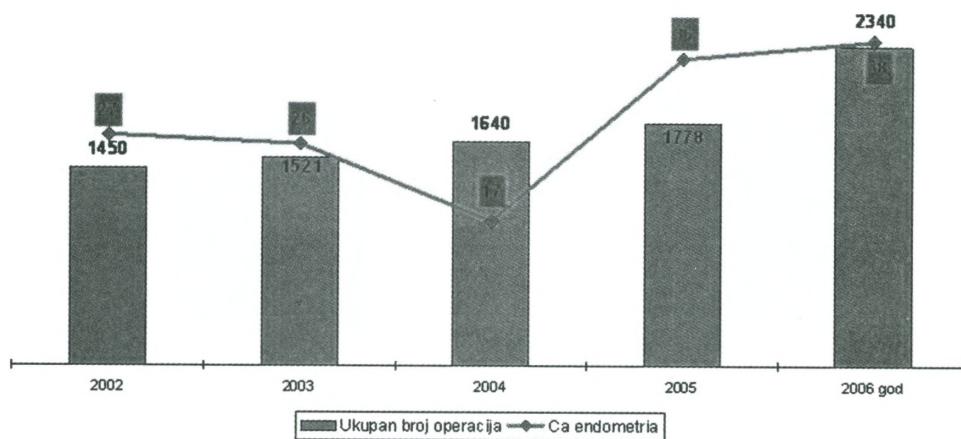
Prikaz operiranih karcinoma grlića maternice



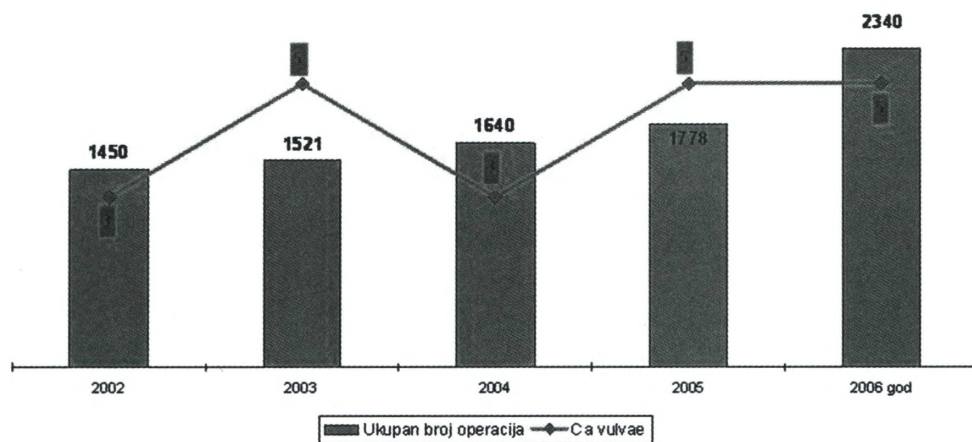
Prikaz operiranih karcinoma jajnika



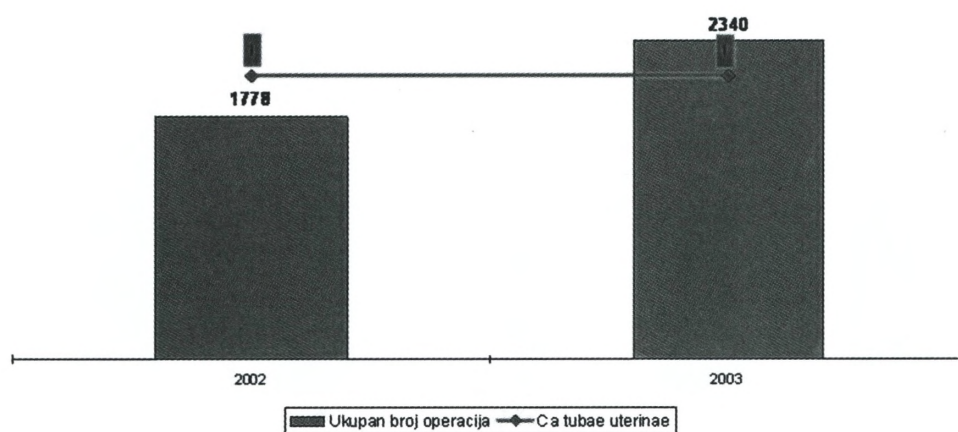
Prikaz operiranih karcinoma trupa maternice



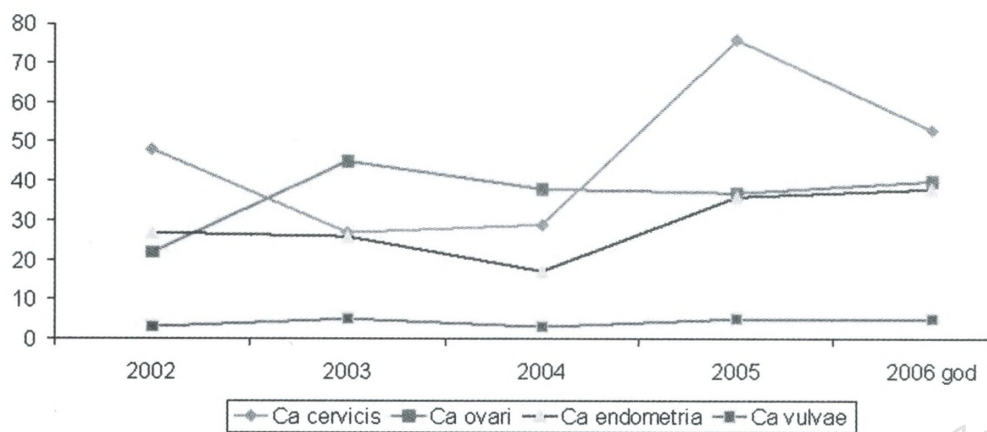
Prikaz operiranih karcinoma stidnice



Prikaz operiranih karcinoma jajovoda



Usporedni prikaz operiranih ginekoloških karcinoma



Hvala Vam na pažnji

HPV STATUS, PREMALIGNNE I MALIGNNE LEZIJE GRLIĆA MATERNICE I PROFILAKTIČKA HPV VAKCINA

Prof. dr Ermina Iljazović

Postojanje prekursora lezija invazivnog cervikalnog karcinoma (CC) prepoznato je još prije više od pola vijeka. 1886. godine Sir John Wiliams ukazao je na prisustvo epitelnih abnormalnosti u okolini skvamoznog cervikalnog karcinoma (SCC). Specifičan odnos i histološki izgled ovih neinvazivnih lezija bolje je opisao Cullen 1900. g, a Broders ponovo uveo termin carcinoma in situ (CIS) kojeg su prvi koristili Schottlander i Kermauner. Uprkos snažnim naprecima u detekciji i zbrinjavanju, CC je jedan od najčešćih tipova kancera, a sedmi kod žena u razvijenim zemljama. Epidemiološke studije su pokazale da su CIN (cervikalna intraepitelna neoplazija) i invazivni karcinomi usko povezani sa seksualnom anamnezom i pacijentice i njenog partnera. Rani početak seksualnog života, prije sedamnaeste godine, česta promjena partnera važni su faktori u razvoju ovog karcinoma. Uvodjenjem masovnih skrining programa, prevalenca invazivnog karcinoma grlića u svijetu je znatno opala, dok su prekancerozne lezije u porastu kao rezultat citološke detekcije. Pik javljanja za CIN je 26 godina ili oko 20 godina ranije nego kod žena sa invazivnim karcinomom. CC udružen sa humanim papiloma virusom (HPV) javlja se u dobi od 17. do 90. g. a mikroinvazivni karcinom (MICC) u dobi od 35. do 46.g. Srednja životna dob žena sa HPV udružen CC je 51,4 g., 15-23 godine starije nego za HGSIL i 8 godina starije nego za MICC. Već više od dvije decenije poznato je da je nastanak i razvoj CC u najvećem broju slučajeva uzrokovan infekcijom sa humanim papiloma virusom (HPV).

Humani papiloma virusi (HPV) pripadaju porodici Papovaviride i sastoje se od kubične kapside koja sadrži cirkularnu, dvostruku DNA, dužine 8 kb. Papiloma virusi su intranuklearni organizmi koji napadaju mitotski aktivne ćelije i inficiraju skvamozne epitele na selektiranim mjestima na koži i mukozama. Produkuju epitelne proliferacije razli-

čitog načina rasta i ovisno od tipa HPV. Kod benignih infekcija inkubacioni period može varirati od nekoliko sedmica do nekoliko mjeseci. Nije jasno zašto neke osobe imaju lezije koje spontano regresiraju dok drugi imaju perzistentnu HPV infekciju ili progresiju od produktivne infekcije do neoplastičnog procesa. Genom HPV ima tri regije:

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ◊ rana (E1-E7) ◊ i kasna regija L1-L2 ◊ uzlazna regulatorna regija (URR) | } | <p>regije za
šifriranje proteina</p> |
|--|---|--|

Smatra se da virus primarno inficira bazalne ćelije epitela na mjestu mikroabrazije ili direktnim kontaktom sa izloženim bazalnim ćelijama, kao što se dešava u području zone transformacije (skvamokolumnarna granica) na kojoj se i dešava oko 90% infekcija HPV ili unutar imaturne zone transformacije. Kada virus inficira mitotski aktivnu epitelnu ćeliju može nastati latentna infekcija u kojoj ogoljeni dijelovi DNA prebivaju u jedru i viralna replikacija se vezuje za ćelijski ciklus. Viralni ciklus replikacije povezan je sa procesom diferencijacije epitela, pa HPV može modificirati maturaciju keratinocita. Ćelije u latentnoj infekciji sa HPV izgledaju morfološki normalno, a virus ne ometa proces ćelijske diobe. To znači da se HPV može detektovati kod žene sa citološki normalnim nalazom u latentnoj infekciji ili može predstavljati ranu infekciju aktivnog oboljenja. Mirujuća infekcija može biti konvertovana u replikativnu infekciju, ali signal koji inicira ovu konverziju još nije poznat. Poznato je da osobe koje su bilo fiziološki (u trudnoći) bilo patološki (HIV pozitivni pacijenti) oslabljenog imunog statusa nose povećan rizik od replikativne infekcije sa HPV (Uberti-Foppa i sar, 1998). Latentna infekcija može biti detektovana jedino molekularnim metodama i nije poznato u kojoj mjeri se virus eliminira sljuštenim ćelijama, da li je taj proces kontinuiran ili cikličan i šta je to što utiče na količinu produkovane DNA (IAC Task Force Summary, 1997).

Infekcija humanim papilomavirusom cervikalnog, anogenitalnog i drugih epitela najčešće produkuje koilocitne promjene upravo u intermedijarnom i superficijalnom sloju. Koilociti se karakteriziraju hiperhromazijom i uvećanjem jedra sa perinuklearnim prosvjetljenjem citoplazme, često udružen sa multinukleacijom inficiranih ćelija što pred-

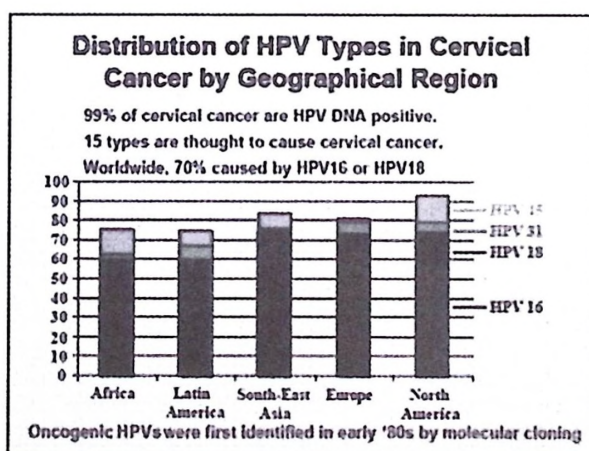
stavlja marker HPV infekcije ali ne nužno i kompletnu viralnu maturaciju. Ovo može rezultirati u prisustvu infekcije bez vidljive kolposkopske ili citološke lezije (Cramer i sar,1997). Tokom ove faze gdje se pretpostavlja da inficirana ćelija sadrži 1-10 kopija virusa, ispoljavaju se kasni geni i produkuju proteini neophodni za nastanak kapside kapsule. Kao posljednji korak HPV virioni se oslobađaju u cirkulaciju dozvoljavajući infekciju drugih ćelija. Koilociti se formiraju samo u ćelijama koje podliježu terminalnoj diferencijaciji te stoga ih nema u displastičnim stanjima gdje su ćelije anaplastične. IHH zahtijeva prisustvo kapsule viriona što znači da je skvamozni epitel dobro diferenciran.

HPV DNA se prosječno detektuje u 80-90% cervikalnih intraepitelnih neoplazija (CIN) teškog stepena -gradus 3 i invazivnih cervikalnih karcinoma (Montero,1997). Po rezultatima nekih manjih studija postoji određena razlika u riziko faktorima HPV pozitivnih žena za nastanak ASCUS/LGSIL odnosno HGSIL. Među HPV pozitivnim ženama rizik za HGSIL je udružen sa dužinom aktivnog seksualnog života (bez obzira na kontracepciju), za mladu dob u vrijeme nastanka kondiloma i pušenje (Kruger-Kjaer i sar,1998). Premda se smatra da je HPV esencijalan za transformaciju epitelnih ćelija, svakako da nije dovoljan, i brojni drugi kofaktori i molekularne izmjene imaju svoje mjesto između nastale HPV infekcije i razvoja cervikalnog karcinoma ili njegovih prekursora (Richart,1998).

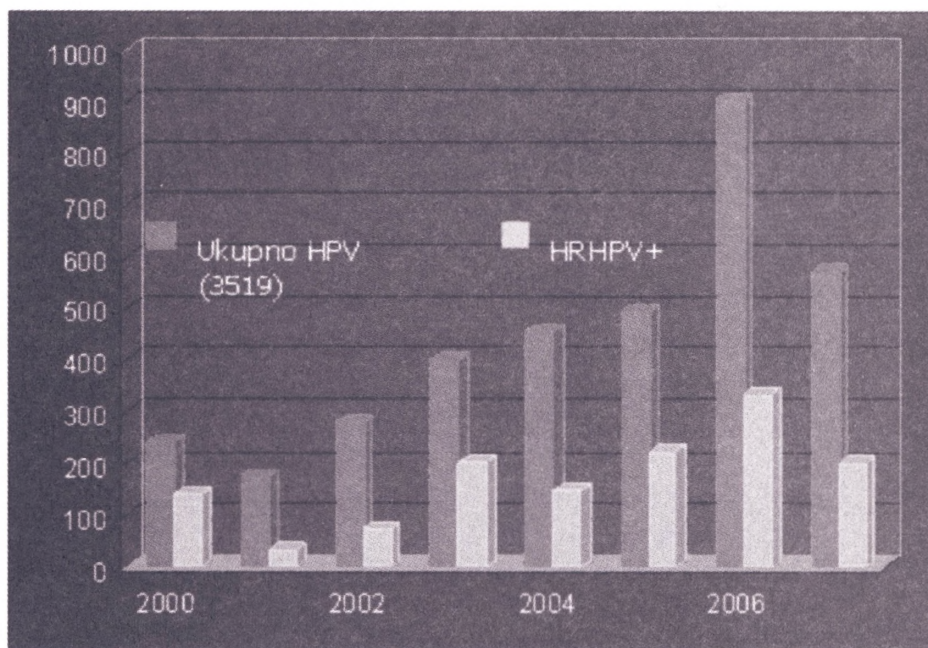
Cervikalna i vulvarna lokalizacija

Izrazita karakteristika različitih tipova humanih papiloma virusa jeste njihova predilekcija za infekciju skvamoznog epitela specifičnih lokacija. Premda ova specifičnost nije u potpunosti razjašnjena može se objasniti prijemčivošću proteina viralne kapside za specifične površne receptore epitelnih ćelija. Ciljane epidemiološke studije dokazale su vezu između cervikalnog karcinoma i seksualno prenosivih viralnih agenasa, kao i činjenicu da je cerviks mjesto najjačeg onkogenog potencijala HPV (Munoz, 1987). Pojedine varijacije u prevalenci HPV infekcije i frekvenci različitih tipova najvjerovatnije su posljedica određenih geografskih razlika ili heterogenosti viralne DNA replikacije unutar lezije, pa čak i posljedica različite senzitivnosti primijenjenog metoda. Danas je poznato preko 100 različitih tipova HPV od kojih oko

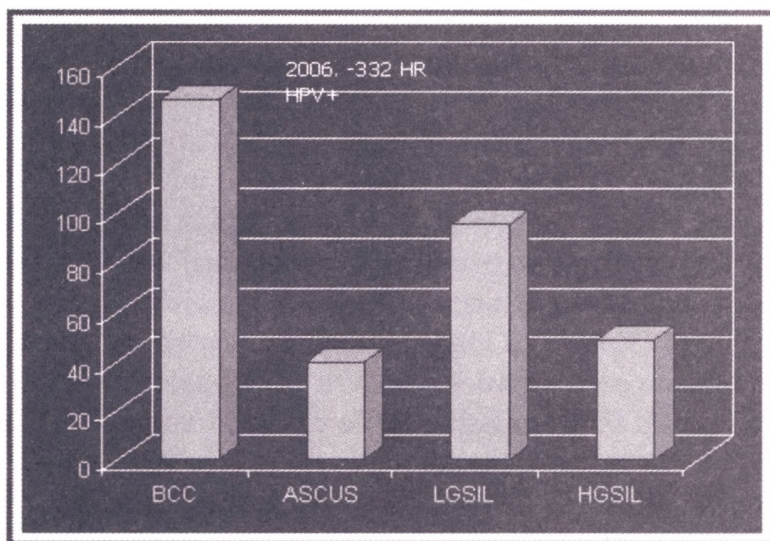
35 pokazuje tropnost za skvamozni epitel grlića, odnosno izolovani su iz anogenitalnih ili lezija oralne mukoze (Swygart, 1997 i Ishi i sar. 1998). Ovi mukozni viralni tipovi se često označavaju kao genitalni HPV (Bernard i sar. 1992). HPV tipovi 6b i 11 obično su udruženi sa benignim genitalnim izraslinama i nisko rizičnim cervikalnim intraepitelnim neoplazijama (CIN 1), odnosno imaju nizak onkogeni rizik. Intermedijarni tipovi virusa uključuju tipove kao 31,35, i 45 koji se obično detektuju u HGSIL, a samo sporadično u invazivnim karcinomima (Lungu i sar. 1992). HPV tipovi 16 i 18 nađeni su u oko 80% visoko rizičnih lezija grlića (CIN 2 i 3) te 90% invazivnih karcinoma grlića (Brescia,1986). Upravo stoga se ovi virusi i dijele na nisko i visoko rizične tipove HPV, te intermedijarnu grupu virusa. U daljoj analizi histopatoloških karakteristika, HPV 18 je češće udružen sa karcinomima porijekla glandularnog epitela endocerviksa, a HPV 16 sa epitelom skvamozne diferencijacije. HPV 18 je takode udružen sa više progresivnim ili agresivnim formama karcinoma, a HPV 16 je u vrijeme detekcije obično prisutan kod mladih pacijentica i sa većom frekvencom prisutnih limfnih metastaza (Arends i sar,1990). Drugi tipovi kao HPV 31,33, 35, 39,43, 45... mogu se naći i u malignim i u benignim cervikalnim lezijama, odnosno imaju maligni potencijal ili su klonirani iz karcinoma (Lorincz, 1987), premda je moguće i postojanje miješanih infekcija, visoko i nisko rizičnih tipova (npr. HPV 33 i 6) naročito u mješovitim epitelijalnim tumorima (O'Leary i sar, 1998).



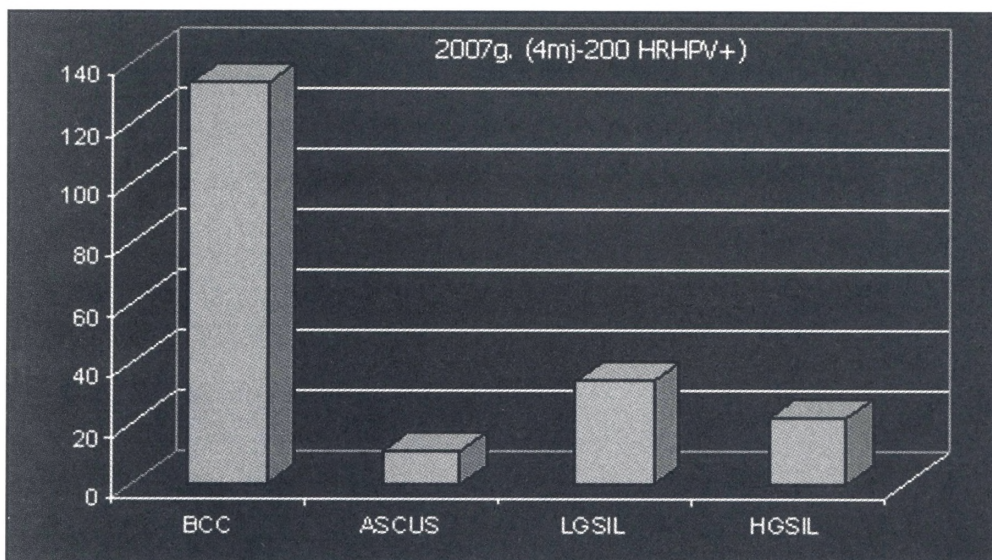
Grafikon 1: Učestalost i distribucija HPV udruženih CC u svijetu



Grafikon 2: Učestalost HRHPV na Tuzlanskom kantonu u periodu 2000-2007. g.



Grafikon 3: Odnos verifikovanih promjena na Papa nalazu i HRHPV na TK u 2006.



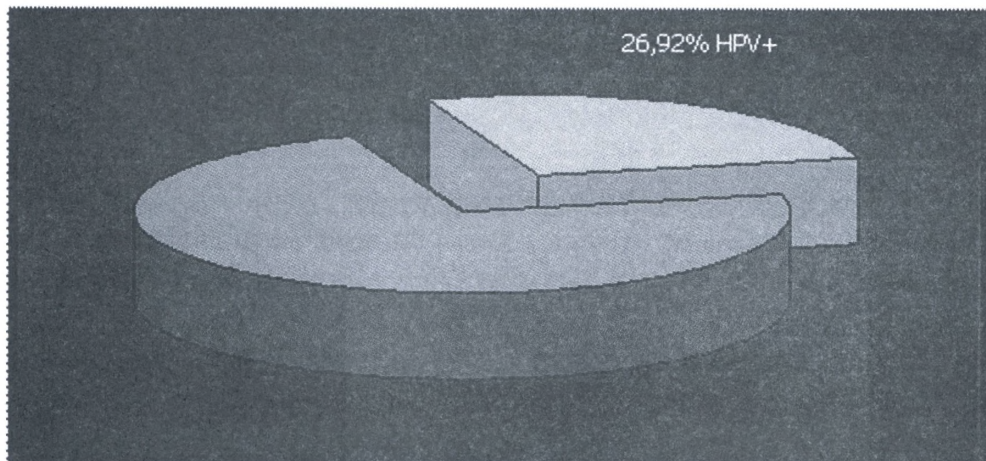
Grafikon 4: Odnos verifikovanih promjena na Papa nalazu i HRHPV na TK u 2007.

Uticaj HPV na progresiju lezija na grliću

Podaci koji potvrđuju centralnu ulogu za perzistentnu infekciju sa visoko rizičnim HPV u patogenezi HGSIL i invazivnom CC potiču od dvije vrste studija. Jedno su case-control studije žena koje su razvile HGSIL ili invazivnim CC i kod kojih je primijenjeni konvencionalni PAPA test testiran na HPV upotrebom senzitivne PCR metode. Ove studije su pokazale da žene koje su permanentno inficirane sa HR HPV 30x imaju veću šansu da razviju HGSIL nego žene koje su HR HPV negativne. Takođe žene sa perzistentnom infekcijom HPV DNA čak 213 x imaju veću šansu da razviju inv CC nego HPV negativne žene.

Druga vrsta studije su long-term studije, prospektivnog tipa koje takođe potvrđuju centralnu ulogu HPV u patogenezi SIL-e. Hopman i saradnici su pratili 68 žena koje su bile citološki negativne – bez lezije, ali HPV pozitivne, uz upotrebu citologije, kolposkopije i HPV DNA testa tokom 34 mjeseca. 17 ili 25% ovih žena je tokom posmatranog perioda razvilo abnormalan PAPA, 8 (12%) razvilo je biopsijski potvrđenu HGSIL. Od žena koje su razvile cervikalne abnormalnosti 94% je imalo peristentnu HR HPV DNA infekciju. Slične podatke

iznio je i Ellerbrock i sar. koji je našao da je 12% citološki i kolposkopski normalnih žena koje su imale HR HPV infekciju posljedično razvilo biopsijski potvrđenu HGSIL tokom 36 mjeseci.



Grafikon 5: Studija 2005.g. na TK 402 ili 78,97% (od 509) imalo BCC, ASCUS ili LGSIL

Ishod netretiranih HPV infekcija nije potpuno razjašnjen, vjerovatno kao posljedica još uvijek kontroverznih i neujednačenih stavova o mogućem tretmanu HPV infekcije, ali i kao posljedica različitih rezultata pojedinih studija. U Finskoj prospektivnoj studiji, od 343 žene koje su praćene 18,7 mjeseci, 25% HPV pozitivnih lezija je spontano regresiralo, 61% je ostalo neizmijenjeno, a 14 % je progrediralo u CC. U Engleskoj od 100 žena praćenih minimum 19 mjeseci, 11 je imalo regresiju lezija, 64 bez promjene, a 26% je progrediralo u CIN III.

Da li je neophodno detektovati prisustvo HPV infekcije i kako?

Više je metoda. PAPA razmaz se nekad koristio za identifikaciju promjena povezanih sa HPV ali mu je senzitivnost mala (15%). PAPA razmaz takođe ne može razlikovati pojedine tipove HPV, što je vrlo bitno za progresiju lezija. Senzitivnost i specifičnost citologije i PAPA nalaza je nešto veća kada se radi o HGSIL.

HPV specifični antigen se može detektovati IHH bojenjem ćelija i tkiva, ali ima malu specifičnost i kao i PAPA ne može izdiferencirati

pojedine tipove virusa. Korelacija između prisustva antigena i kliničkog toka je slaba.

Upotrebom senzitivnog PCR metoda HPV infekcija se detektuje u preko 93% invazivnih CC, a primjenom HPV DNA detekcionih metoda na retestiranim uzorcima HPV DNA se detektuje u gotovo svim prethodno negativnim rezultatima, a HPV DNA postotak iznosi više od 99%

Stopa prevalencije citološki detektovane (kliničke) HPV infekcije varira između 1% i 3%. Upotreba PCR-a rezultira u visokoj prevalenciji od 90% čak i u histološki normalnom epitelu genitalnog trakta (Syrjanen, 1995, i Zehbe i sar. 1996). Budući da virus ne može biti uzgojen na kulturi, detekcija HPV se bazira na DNA hibridizacionim testovima, uključujući Southern blot analizu i Dot Filter hibridizaciju koje imaju ekvivalentnu senzitivnost, specifičnost i reproducibilnost. In situ hibridizacija (ISH) ima manju senzitivnost (svega 1,5%), omogućava celularnu lokalizaciju prisutnog virusa pa omogućava komparaciju sa morfologijom, što nema posebnog značaja u razvoju i prognozi same infekcije (Clavel i sar. 1995). Digene Diagnostics Corporation razvila je poboljšani metod Southern blot hibridizacije za detekciju, tipizaciju i kvantifikaciju HPV DNA u odljuštenim ćelijama grlića. Testiran od strane brojnih kompanija, u poređenju sa klasičnom Southern blot hibridizacijom, HCS pokazao je veću senzitivnost, koja uz specifičnost metode i podudaranje iznosi 94%, 93% i 93% (Syrjanen, 1995). U našoj seriji rezultati dobiveni sa HCS, provjereni PCR metodom gotovo su identični, što je olakšalo dalju tipizaciju.

Tipovi HPV bazirane prevencije

- Primarna prevencija - prevenirati HPV infekciju profilaktičkom vakcinacijom
- Sekundarna prevencija - dijagnoza i tretman cervikalnih HPV infekcija: PAPA nalaz ili HPV DNA test

Profilaktička HPV vakcina

Danas je opšteprihvaćen stav da je CC posljedica infekcije sa HPV. Stoga je potpuno razumljivo očekivanje da vakcina koja može prevenirati infekciju dovede i do redukcije incidence cervikalnog kar-

cinoma. Razlicite strategije su korištene u kliničkim studijama u ispitivanju mogućnosti i prevencije HPV infekcije (profilaktička vakcina) i tretmana preegzistirajućih HPV indukovanih lezija (terapeutska vakcina) (Brinkman i sar. 2005). U studijama na miševima, pokazalo se da HPV vakcina proizvodi citotoksični T-ćelijski odgovor koji ne samo da eradikira HPV indukovane lezije već štiti i od posljedičnih promjena (Mandić, Vujkov, 2004).

Gardasil™, bivalentna HPV-16/18 L1 virus-like particle istraživačka vakcina protiv HPV, koju su razvili Merck&Co., Inc., značajno snižava kombinovanu incidencu perzistentne infekcije sa HPV 6, 11, 16, 18 tipovima i posljedičnim oboljenjima uključujući prekurzorne lezije CC i genitalnih bradavica. Daje se u tri doze djevojčicama odnosno mladim ženama u dobi od 11 do 26 godina. Druga i treća doza daju se nakon dva i šest mjeseci od prve aplikacije. Vakcinacija sa Gardasilom indukuje imuni odgovor koji se mjeri serumskim titrom anti-HPV antitijela. Titar anti - HPV 6,11,16 i 18, odnosno srednja vrijednost (GMTs - geometric mean titers) na kraju terapije 7 mjeseci je značajno viša kod vakcinisanih u odnosu na nevakcinisane pacijentice sa pozitivnom anamnezom o prethodnoj HPV infekciji. Premda nivo antitijela nakon 7 mjeseci počinje da pada, i nakon 36 mjeseci je još uvijek iznad ili jednak nivou kod nevakcinisanih pacijentica koje su razvile imuni odgovor na prethodnu prirodnu HPV infekciju.

Neželjeni efekti su vrlo blagi i podrazumijevaju bol na mjestu uboda/aplikacije, te sistemske efekte tipa glavobolje koja uglavnom ne utiče na dalje sprovođenje terapije.

S obzirom na vijek zaštite vakcinom, ženama koje su primile Gardasil se preporučuje da i dalje prakticiraju siguran sex (mehanička lateks kontraceptivna sredstva i barijere), redovne ginekološke kontrole.

Druga bivalentna vakcina, Cervarix je GSK kandidat za vakcinu dizajniran da prevenira infekciju sa dva najčešća tipa HPV, koji uzrokuju CC; HPV 16 i HPV 18. Dosadašnja ispitivanja i studije su pokazale da ova vakcina pruža 100% zaštitu u periodu od 4,5 godine. GSK CC kandidat za vakcinu napravljen je sa inovativnim AS04 adjuvantom, koji indukuje visok nivo antitijela za HPV 16 i HPV 18 kod žena u dobi od 10 do 55 godina za duži vremenski period od iste vakcine napravljene samo sa aluminium hidroksidom.

PAPA nalaz ostaje i dalje ključan metod za ranu detekciju i tretman CC i prekanceroznih lezija, premda u kombinaciji sa HPV detekcijom povećava senzitivnost trijaze, naročito niskorizicnih lezija.

Literatura

1. Arends MJ, Buckley CH, Wells M: (1998). Aetiology, pathogenesis, and pathology of cervical neoplasia. *J Clin Pathol* ; 51:96-103.
2. Brescia RJ, Jenson AB, Lancaster WD et al .(1996).: The role of Human papilloma viruses in the patogenesis And histologic classification of precancerous lesion of the cervix. *Hum Pat-hol* 17:552-559.
3. Brinkman JA, Caffrey AS, Munderspach LI, Roman LD, Kast WM: The impact of anti HPV vaccination on cervical cancer incidence and HPV induced cervical lesions: consequences for clinical management. *Eur J Gynecol Oncol*, 2005;26(2):129-42.
4. Clavel C, Rihet S, Masure M, Chypre C Boulanger JC, Que-reux C, Birembaut P: (1998). DNA-EIA to detect High and low risk HPV genotypes in cervical lesion with E6/E7 primer mediated multiplex PCR *J Clin Pathol*, Jan, 51(1): 38- 43.
5. Ishi K, Suzuki F, Saito A, Kina K, Koyatsu J, Kubota T. (1998). Cytopathology and hystopathology of human papilloma virus. *Rinsho Byori*, Mar; 46(3): 229-234.
6. Kruger-Kjaer S, van de Brule AJ, Svare EI, Engholm G, Sherman ME, Poll PA, Walboomers JM, Bock JE, Meijer CJ (1998): Different risk factor patterns for High grade and low grade intraepithelial lesion on the cervix among HPV positive and HPV negative young woman. *Int J. Cancer*, May29;76(5): 613-619.
7. O'Leary JJ, Leanders RJ, Crowley M, Healy I, O'Donovan M, Healy V, Kealy WF, Hogan J, Doyle CT.(1998): Human papil-lomavirus and mixed epithelial tumors of the endometrium. *Hum Pathol*, Apr;29(4) :383-389.
8. Lorincz AT, Red R, Jenson B, at al.(1992): Human papillo-mavirus infection of the cervix:Relative risk associations of 15 common anogenital types. *Obstel Gynecol*, 79:328-337

9. Lungu O, Wright Jr. T, Silverstein S.(1999): Typing of human papillomaviruses by polymerase chain Reaction amplification with L1 consensus primers and RFLP analysis. *Molecular and cellular Probes* 6,145-152.
10. Mandic A, Vujkov T. Human papillomavirus vaccine as a new way of preventing cervical cancer: a dream or the future? *Annals of Oncology* 15:197-200, 2004
11. Montero JA, Larkin JA, Huston SH, Toney J.(1997) Examining the complex relationship of human papillomavirus to cervical dysplasia and carcinoma. *Medscape Womens Health*, Jun; 2(6)
12. Munoz N, Bosch X, Kaldor JM. (1987): Does human papillomavirus cause cervical cancer? The state of epidemiological evidence. *Br J Cancer* 57:1-5.
13. Richard M. De May.(1996): The Pap Smear; in: *The Art and Science of Cytopathology, Exfoliative Cytology*, ASCP Press, Chicago, pp64.
14. Swygart C.(1997): Human papillomavirus: disease and laboratory diagnosis. *Br J Biomed sci*, Dec; 54(4) 299-303.
15. Syrjanen S.(1995):New diagnostic kits: Comparative aspects of sensitivity and specificity. In: *Challenges of Modern medicine. Papillomavirus in human pathology*. Ares-Serono Symposia Publications. Ed. By J Monsonogo, vol.9,pp 515-21.
16. Uberti-Foppa C, Origoni M, Maillard M, Ferrari D, Ciuffreda D, Mastroilli E, Lazzarin A, Lillo F. Evaluation of the detection of human papillomavirus genotypes in cervical specimens by Hybrid capture as screening for precancerous lesion in HIV positive women. *J Med Virol*, Oct, 6(2): 133-7,1998
17. Zehbe I, Strand A, Chua KL, Wilander E.(1996): Cytological evaluation and molecular human papillomavirus test of cervical scrapings from women treated for condyloma. *Gynecol Obstet Invest*, 42:128-132.

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BiH

Ginekološka maligna oboljenja na Unsko-Sanskom kantonu 1996-2006. godina

Džanić Dž. Blažević O. Komić S. Žutić E.
Kantonalna bolnica Bihać

Sarajevo, 2007.



Uvod

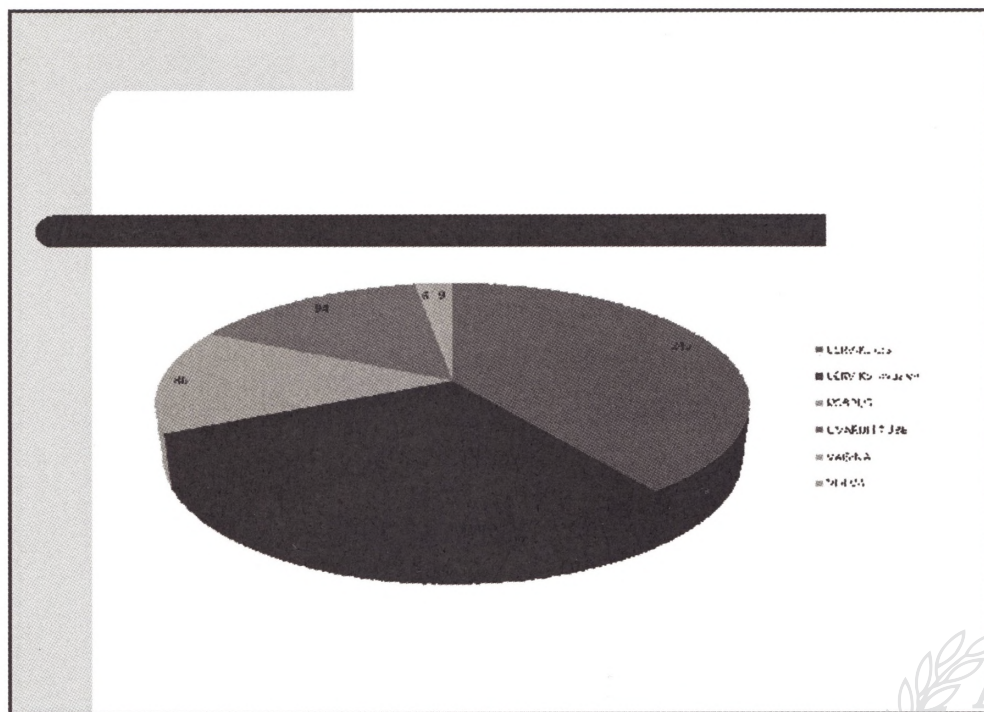
- Zloćudni tumori ženskih spolnih organa čine veliki udio malignoma žena
- U zapadnim zemljama uz karcinom dojke čine oko 40% svih zloćudnih tumora žena
- Među neoplazmama ženskih spolnih organa najčešći je karcinom trupa maternice, potom grlića i karcinom jajnika
- Najveću smrtnost uzrokuje karcinom jajnika

Epidemiologija

- Obzirom na nepoznatu etiologiju, epidemiologija zloćudnih tumora posebnu pažnju poklanja faktorima uz koje je povezan nastanak tumora, tzv. **faktorima rizika**, koji ne predstavljaju u pravom smislu uzrok nastanka tumora nego endogene i egzogene faktore čije prisustvo može povećati mogućnost da se razvije karcinom.

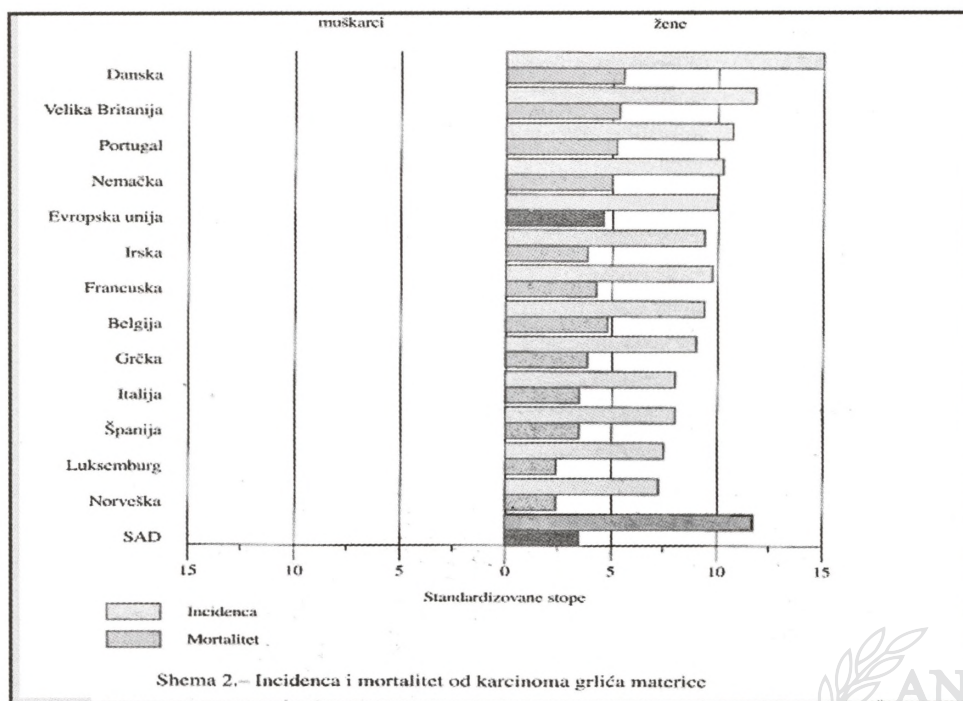
Incidencija karcinoma cerviksa, korpusa, adneksa, vulve i vagine u Unsko-Sanskom kantonu 1996-2006.

	CERVIKS				KORPUS		ADNEKSE		VAGINA		VULVA		UKUPNO	
	CIS		Invazivni		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%										
1996	7	21,9	12	37,5	4	12,5	9	28,1		0,0		0,0	32	5,2
1997		0,0	2	6,7	1	3,3		0,0		0,0		0,0	3	0,5
1998	43	51,8	20	24,1	6	7,2	12	14,5		0,0	2	2,4	83	13,5
1999	58	56,3	21	20,8	10	9,8	12	11,8		0,0	1	1,0	102	16,6
2000	29	39,7	23	31,5	11	15,1	10	13,7		0,0		0,0	73	11,9
2001	32	51,6	13	21,0	8	12,9	9	14,5		0,0		0,0	62	10,1
2002	28	59,2	12	25,0	1	2,1	7	14,6		0,0		0,0	48	7,8
2003	9	23,1	14	35,9	7	17,9	7	17,9	1	2,6	1	2,6	39	6,4
2004	14	32,6	14	32,6	8	18,6	6	14,0	1	2,3		0,0	43	7,0
2005	14	22,2	20	31,7	14	22,2	13	20,6		0,0	2	3,2	63	10,3
2006	11	16,9	22	33,8	16	24,6	9	13,8	4	6,2	3	4,6	65	10,6
UKUPNO	245	40,0	173	28,2	86	14,0	94	15,3	6	1,0	9	1,5	613	10,0



Karcinom vrata maternice

- Karcinom grlića se nalazi na šestom mjestu svih malignoma kod žena u zapadnim zemljama i SAD.
- Najveća učestalost je u dobi 55 - 65 godina.



Faktori rizika

1. Nizak socioekonomski standard.
2. Rani koitus (u dobi nižoj od 17 godina) i veći broj partnera (više od dva).
3. Infekcija HPV tip 16, 18, 31 i 33 (15,6 puta veći rizik od razvoja karcinoma cerviksa u odnosu na opću populaciju).
4. Infekcija sa HSV 2 (kao inicijator karcinomskog procesa).
5. Pušenje.
6. Muški partneri iz visoko rizičnih grupa.

Rana dijagnostika

- Pod ranom dijagnozom podrazumijevamo otkrivanje bolesti u asimptomatskoj, latentnoj fazi.
- U tu svrhu se služi postupcima probira ili screeninga.
- Jedan takav postupak mora biti jednostavan, prihvatljiv za populaciju, bezbolan, ne smije biti štetan, ne smije biti skup i mora imati izraženu osjetljivost, specifičnost i prediktivnu vrijednost.
- Osjetljivost metode se definira kao udio oboljelih koji imaju pozitivan rezultat testa.
- Specifičnost označava udio zdravih koji imaju negativan rezultat testa.
- Prediktivna vrijednost pozitivnog nalaz je udio pravih pozitivnih nalaza između svih pozitivnih nalaza.



Citološka metoda po Papanicolau

- Metoda izbora za otkrivanje ranih oblika karcinoma cerviksa.
- Kontrole u razmacima od tri godine, a kod žena iz rizične skupine svake godine.
- U idealnom brisu moraju biti endocervikalne žljezdane stanice, metaplastičke stanice, endocervikalna sluz i pločaste stanice.
- Bris uzimamo prije bilo kakve manipulacije.
- Samo citologijom tačnost se postiže u 79% slučajeva.

Kolposkopija

- Inspekcijska metoda kod koje pomoću optičke naprave uz povećanje od 10 - 20 puta gledamo vanjsku površinu cerviksa.
- Vrijednost u provođenju ciljane biopsije.
- Stupanj osjetljivosti 80%, dok je stupanj specifičnosti znatno niži.
- Za masovnu detekciju najpogodnija kombinirana primjena citologije i kolposkopije, pouzdanost 98%.
- Nedostatak - ne daje podatke o stanju unutar cervikalnog kanala te je nepouzdana u postmenopauzi zbog senilnih promjena na sluznici.

PAPA nalazi prije konizacije

	CIN I	CIN II	CIN III / CIS	UKUPNO
2001	8	19	27	54
2002	8	15	25	48
2003	12	22	25	59
2004	24	35	27	86
2005	17	22	38	77
2006	13	26	33	72
UKUPNO	82	139	175	396

Patohistološki nalazi konizata 2001-2006. godina

	CIN I	CIN II	CIN III / CIS	MIKRO- INVAZIVNI cervikalni karcinom	INVAZIVNI cervikalni karcinom	UKUPNO
2001	9	8	52		5	74
2002	5	11	40		1	57
2003	12	16	19		1	48
2004	34	15	25	1	1	76
2005	20	22	23		1	66
2006	20	15	33	1	2	71
UKUPNO	100	87	192	2	11	392



Karcinom trupa maternice

- Pojavljuju se kao različiti tipovi adenokarcinoma, sarkom ili skupina tzv. miješanih mezenhimalnih tumora.
- U SAD najčešći zloćudni tumor među tumorima ženskog spolovila.

Faktori rizika

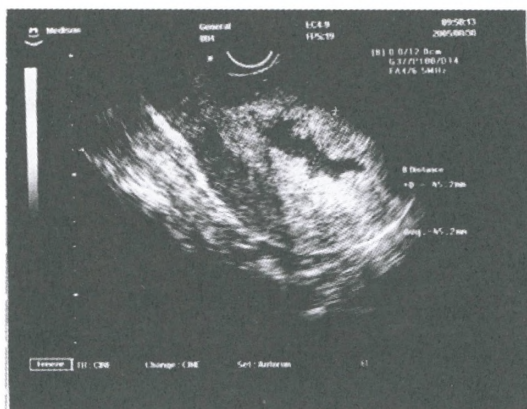
1. Životna dob (rijetak je u dobi nižoj od 40 godina, pojavljuje se u postmenopauzi i s vrhuncem između 60 - 70 godina).
2. Smetnje u ovulaciji (sindrom anovulacije, žene s malim brojem djece, nulipare, rana menarha i kasna menopauza).
3. Dugotrajan utjecaj estrogena bez sudjelovanja utjecaja progesterona.
4. Adipozitet.
5. Pacijenti s atipičnom odnosno adenomatoznom hiperplazijom endometrija.



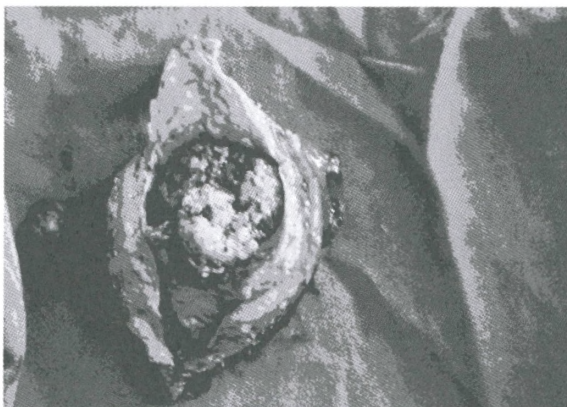
Rana dijagnostika

- Trenutno ne postoji metoda koju bismo mogli primijeniti kao screening za masovnu detekciju.
- U dijagnostici najveću vrijednost imaju transvaginalni color Doppler, endometrijska biopsija i histeroskopija.

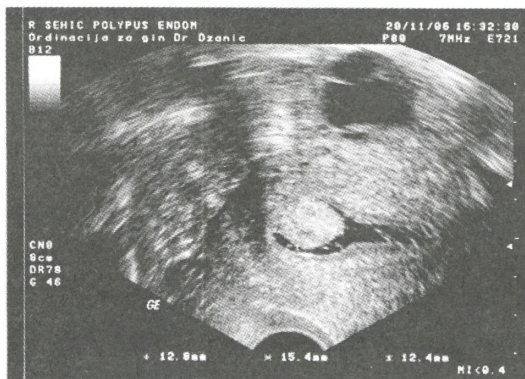
Ultrazvučna slika karcinoma endometrija



Postoperativni prikaz Ca endometrija



SIS tehnika



- Na našem kantonu je registrirano ukupno 86 malignoma korpusa

Karcinom jajnika

- Šesti po učestalosti karcinom u žena.
- Godišnje obolijeva 17,3 od 100 000 žena.
- Najvažniji progostički faktor - stadij u kojem se rak jajnika otkrije.
- 1 – 2 slučaja na 10 000 pregledanih žena te je niska efikasnost screeninga.
- Zbog anatomskog položaja jajnika izostaju klinički znaci u ranom stadiju bolesti.



Rana dijagnostika

- Kao kriteriji za rano otkrivanje raka jajnika danas su se najprihvatljivijim pokazali određivanje serumskih koncentracija tumorskih markera i ultrazvučna dijagnostika.

Tumorski markeri

- Najbolji rezultati određivanjem serumskih koncentracija CA-125.
- U preko 80% žena u menopauzi oboljelih od raka jajnika serumska koncentracija CA-125 veća je od 35 U/ml.
- Samo 1% zdravih žena ima tako visoke serumske koncentracije CA-125.
- Vrijednosti mogu biti povišene i kod endometrioze, pelvične upale i u prvom trimestru trudnoće.
- Specifičnost u screeningu raka jajnika žena u menopauzi oko 97%, a kombiniranim određivanjem CA-15-3 i TAG-72,3 raste na 99,9%.

Ultrazvučna dijagnostika

- Ima neprikosnoveno mjesto u ranoj dijagnostici karcinoma ovarija.
- U evaluaciji se koristimo transvaginalnom color Doppler metodom, koja se zasniva na praćenju neovaskularizacije u malignim tumorima te opisom morfoloških kriterija.
- Obojenim Dopplerom prikazujemo broj, oblik i raspored tumorskih krvnih žila.
- Pulsirajućim Dopplerom određuje se brzina strujanja i otpor u prikazanim krvnim žilama.
- Niski otpor struji krvi izražen indeksom pulsatilnosti PI manji od 1 i rezistenc indeksom RI manji od 0,42 upućuje na malignitet.
- Morfološki nalaz koji sugerira mogući malignitet uključuje solidno-cističnu tvorbu s vidljivim debelim septima i papilarnim tvorbama udruženu s ascitesom. Vjerojatnost maligniteta je veća kod bilateralnog nalaza.

Laparoskopski prikaz malignoma jajnika



- Na našem kantonu je bilo ukupno 94 malignoma jajnika



Karcinom vulve i vagine

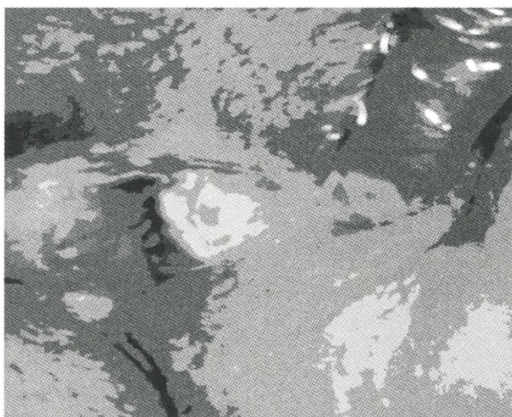
- Je bolest starijih žena i to većinom iznad 60 godina.
- U SAD incidencija je između 1 i 2 na 100 000 žena
- Važan rizični faktor je infekcija humanim papiloma virusom
- Na našem kantonu bilo je ukupno 6 karcinoma vagine i 9 karcinoma vulve

Dijagnostičke metode za otkrivanje neoplazija vagine i vulve

- Vaginoskopija/Vulvoskopija (kolposkopski pregled vagine i vulve)
- Citodijagnostika
- Histopatologija



Karcinom vulve



ZAKLJUČAK

- Analizom rezultata možemo uočiti da se incidenca ginekoloških karcinoma na našem kantonu, pojedinačno i zbirno, kreće u granicama incidence u srednje razvijenim zemljama.
- Na žalost, na prostoru BiH, nema jedinstvenih dijagničkih i terapijskih postupnika, što u mnogome otežava rad i nivo cjelokupne zdravstvene zaštite stanovništva.
- Specifično za naš kanton, zbog velike udaljenosti od Kliničkog centra-Sarajevo, problematika se još više komplicira.
- Smatramo da bi se u najskorije vrijeme trebala formirati radna grupa od eksperata iz cijele BiH koja bi ponudila rješenje ovog problema u praktičnom smislu.

HVALA ZA PAŽNJU

Učestalost, prevencija, dijagnostika i terapija ginekološkog karcinoma u RMC Mostar – HNK u posljednjih deset godina

Dr. S. Sarić, V. Pavlović, Dr. I. Ademović, dr. S. Mededović,
Dr. M. Džeko, Dr. F. Bijedić, Dr. A. Šuko, Dr. H. Redžić

Juni 2007. godine

Dr. S. Sarić

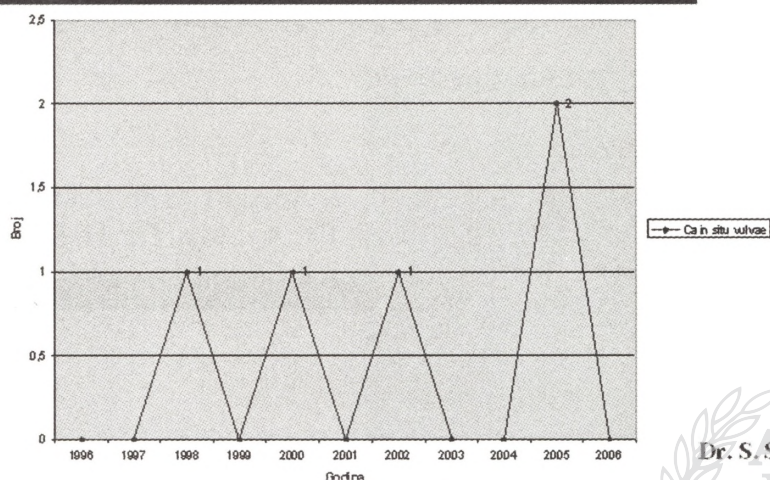


Maligni tumori vulvae

Maligni tumori vulvae											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Co in situ vulvae			1		1		1			2	
Uplacni van kantonu											

Dr. S. Sarić

Maligni tumori vulvae

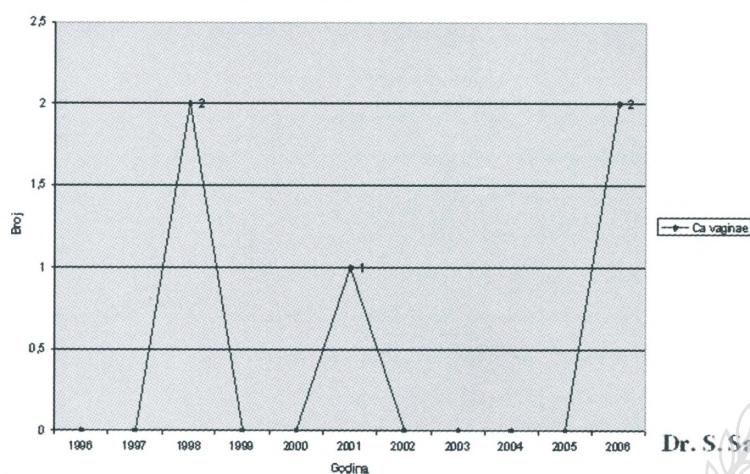


Maligni tumori vaginae

Maligni tumori vagine											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ca vaginae			2			1					2
Sarcoma vaginae											
Sarcoma djece											
Melanoma vagine											
Choriocarcinoma vaginae											
Uprsceni van lantona											

Dr. S. Sarić

Maligni tumori vaginae



Dr. S. Sarić

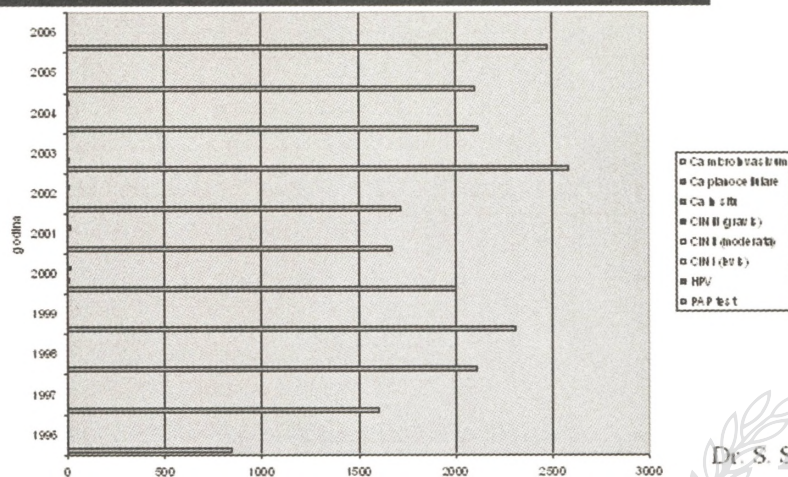
ANU
BiH
ANU
BHX

Maligni tumori grlića maternice

Maligni tumori grlića maternice											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PAP test	850	1605	2110	2805	2000	1674	1715	2554	2120	2100	2475
HPV	1	1	5	4	6	7	2	5	2	7	3
CDI I-levis	1	0	6	2	9	3	1	9	6	1	7
CDI II-moderata	1	1	2	4	7	3	4	3	3	1	3
CDI III-gravis	1	4	5	1	4	6	0	5	3	4	4
Ca in situ	1	4	3	7	16	15	9	7	3	5	6
Ca planocellulare	2	3	5	5	4	3	4	1	10	1	3
Ca microinvasivum	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0
Upisani van Lantona			4	6	4	2	4		5		2

Dr. S. Sarić

Maligni tumori grlića maternice



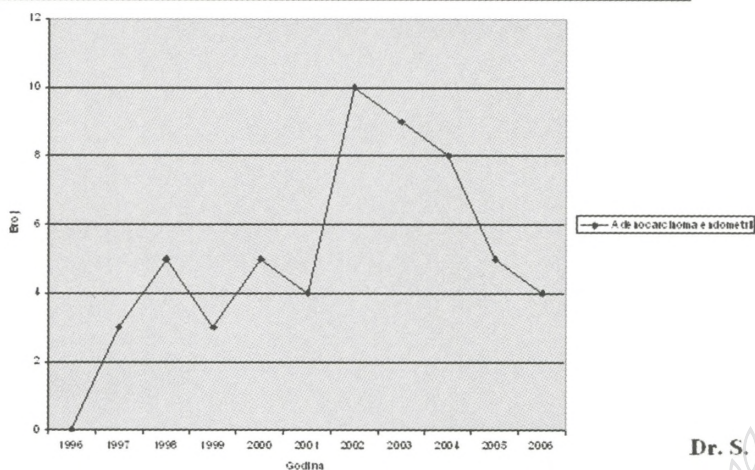
Dr. S. Sarić

Maligni tumori trupa maternice

Maligni tumori trupa maternice												
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Adenocarcinoma endometria	0	3	5	3	5	4	10	9	5	5	4	
Sarkoma uteri	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Uzroci van kantona			5			3	3	5	2	2	2	

Dr. S. Sarić

Maligni tumori trupa maternice



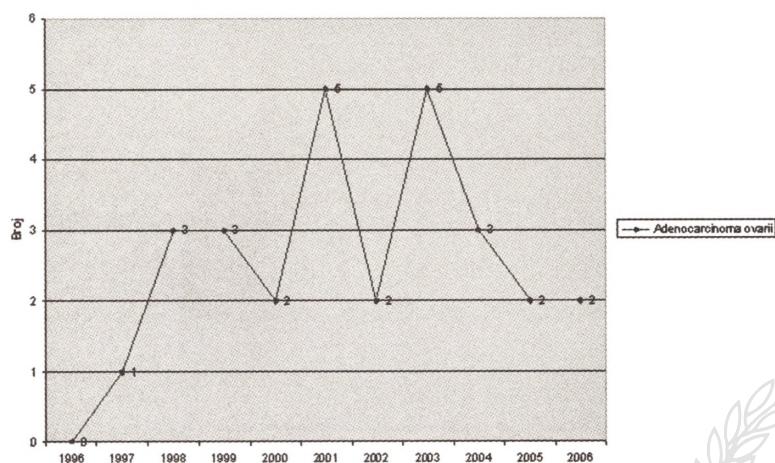
Dr. S. Sarić



Maligni tumori jajnika i jajovoda

Maligni tumori jajnika i jajovoda											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Adenocarcinoma ovarii	0	1	3	3	2	5	2	5	3	2	2
Sarkoma ovarii	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Digestivna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Upucenivan lanfoma			2	1	2		4	4	6	7	9

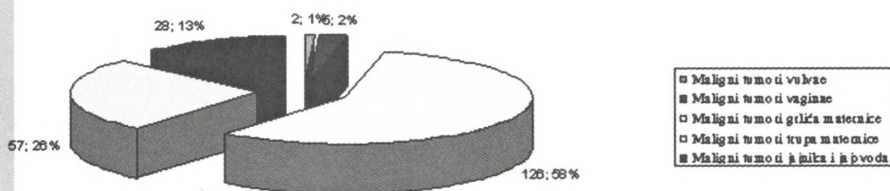
Maligni tumori jajnika i jajovoda



Uporedni prikaz malignih oboljenja ženskih genitalnih organa

Uporedni prikaz malignih oboljenja ženskih genitalnih organa		%
Maligni tumori vulvae	2	1%
Maligni tumori vaginæ	5	2%
Maligni tumori grlika materice	126	58%
Maligni tumori trupa materice	57	26%
Maligni tumori jajnika i jajovoda	28	13%
	218	100%

Uporedni prikaz malignih oboljenja ženskih genitalnih organa



Maligna oboljenja dojke od 2004-2006

	Mostar	Konjic	Jablan	Prozor	Čalvč	Čapljina	Stolac	Neum	ukupno	
Ca dojke	52	14	2	0	0	23	2	0	93	

Maligna oboljenja dojke

- Screening, dijagnostika i terapija dojke je nedostatna u HNK
- Na našem odjelu uz ginekološki pregled rutinski se radi palpatorna i uz- dijagnostika dojke



Maligna oboljenja genitalnih organa

Opšta bolnica Konjic 1996-2006 Dr. S. Begić

● Ca cervicis uteri	8
● - radikalne operacije	2
● - histerektomije	2
● - irad. i hemoth. bez op (ca cervicis gr.III)	4
● Displasio PVU	130
● - konizacija po sturmdorfu	15
● CIN II	2
● CIN III	7
● Ca in situ	5
● - ponovljenih konizacija nije bilo	

Maligna oboljenja genitalnih organa Opšta bolnica Konjic 1996-2006 Dr. S. Begić

- Ca corporis uteri 12
- Ca ovarii 9
- Ca mammae 20



Demografska struktura u HNK ženska populacija

	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ^b
Površina u km ² loca	4 401	4401	4401	4401	4401	4401
Procjena ukupnog broja prisutnog stanovništva-ukupno	21 7330	21 7059	21 9223	224 796	226649	227630
Žene	11 7956	11 8242	11 8230	121 296	117313	

Demografska struktura u HNK ženska populacija



Dr. S. Sarić

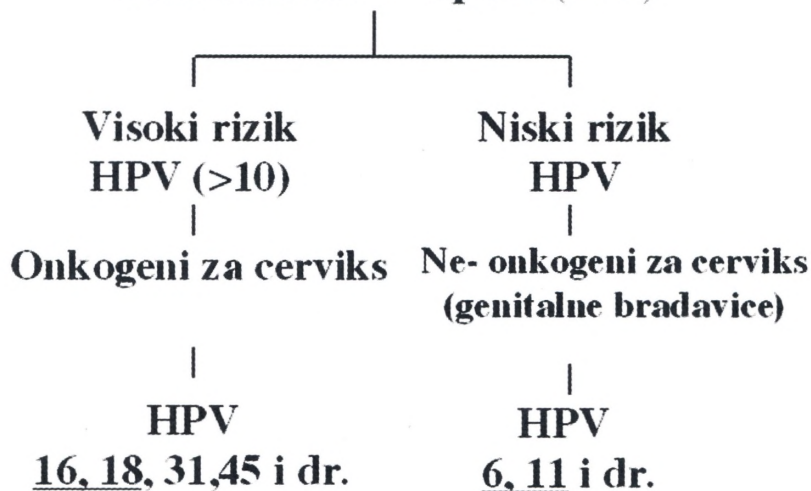


Genitalna HPV infekcija u žena - liječenje i prevencija

S. Mehmedbašić



Genitalni HPV tipovi (>35)

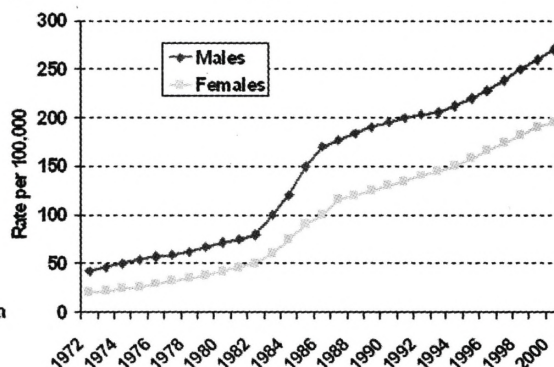


HPV uzrokuje anogenitalne bradavice

- Genitalne bradavice- teško i bolno se liječe, česta ponavljanja^{1,2}
- Predviđeni rizik tijekom života za razvoj genitalnih bradavicač 10%^{3,4}

Podaci o
dijagnozi
genitalnih
bradavica
(Engleska i
Wales)⁵

Rastuća incidencija



1. Maw RD, et al. *Int J STD AIDS*. 1998;9:571-578. 2. Kodaer CM, Naraty S. *Am Fam Physician*. 2004;70:2335-2342. 3. Franco EL, et al. In: *Prasco E, Monsonego J. New Developments in Cervical Screening and Prevention*. Oxford: Blackwell Science, 1997:14-22. 4. Tomolero-Luis G. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1999;13:245-257. 5. *CDR Weekly*. 2001;11(35). Available at <http://www.hpa.org.uk/cdr/PDFfiles/2001/cdr13501.pdf>. Accessed April 8, 2005.

As you have heard, HPV causes benign and malignant tumors of the anogenital tract. The most common lesions are cervical cancers and their precursor lesions, as well as benign genital warts.

While Pap testing has reduced cervical cancer rates in developed countries, there are significant drawbacks to this intervention:

First, women must be tested throughout their lives. The health system must either rely on women's awareness of testing, or it must invest in an expensive infrastructure to ensure compliance.

Second, screening has limited sensitivity and specificity, even with the expensive Thin Prep + HPV Testing method

Third, women are negatively affected by a pre-cancer diagnosis - they worry, they miss work, and there is damage to their intimate relations.

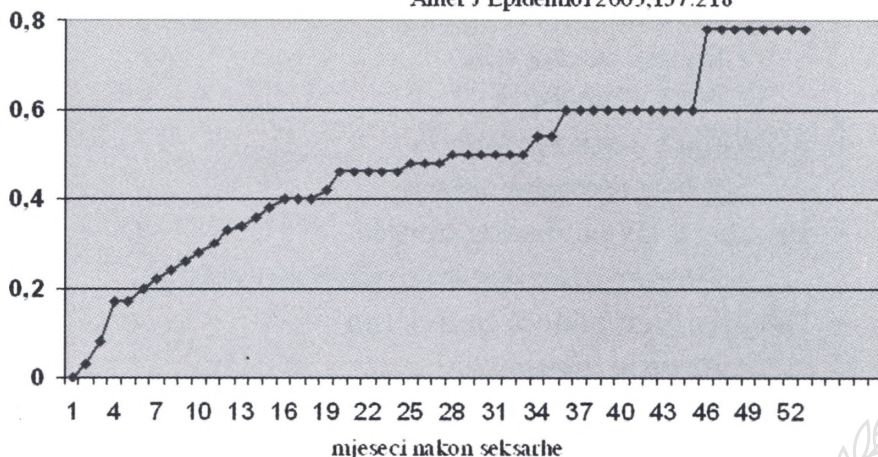
Fourth, the cost of screening is very high - over \$6 Billion per year in the U.S..

In the developing world, this cost makes screening difficult to implement.

A safe and effective vaccine is more efficient.

Rizik za genitalnu HPV infekciju od seksarhe (dob 18-23 godine)

Amer J Epidemiol 2003;157:218



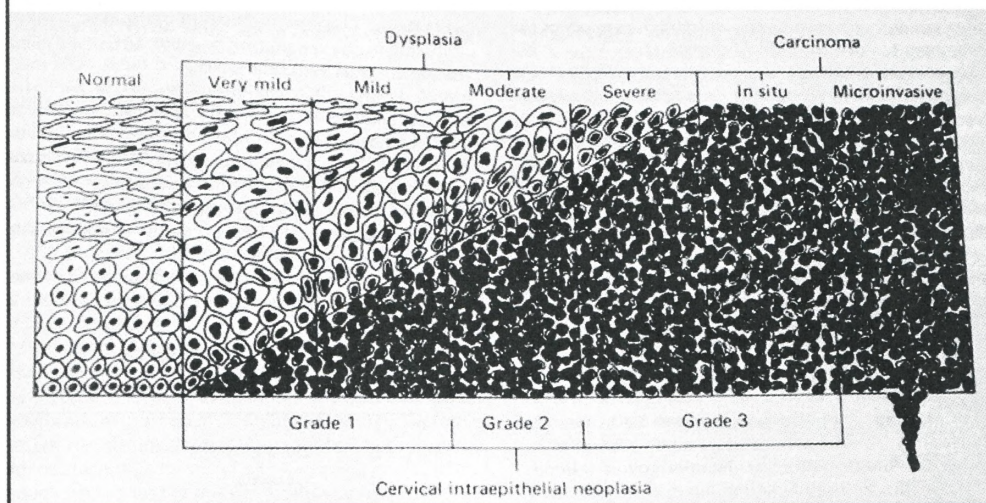
Rizik tijekom života za HPV genitalnu infekciju i posljedice HPV

- genitalna HPV infekcija >50%
- genitalne bradavice >5%
- žene bez redovitog PAPA skrininga
 - do 4% invazivni karcinom cerviksa
- žene s redovitim PAPA skriningom
 - abnormalan nalaz >35%
 - invazivni karcinom cerviksa <1%
- ostali anogenitalni karcinomi <1%
 - karcinom anusa u MSM do 4%

Patogeneza HPV genitalne infekcije

- Mikrotrauma
 - Infekcija bazalnog sloja
 - Rast u gornje slojeve
- Latentna virusna infekcija
 - Stabilni neintegrirani episomi
- Prolifracija pločastog epitela
 - Bradavice i šiljati kondilomi (vegetativna replikacija)
- Integracija u genom domaćina
 - Aktivacija onkogena
 - Inaktivacija tumor supresorskih gena

Cervikalna Intraepitelna Neoplazija



Dijagnostika genitalnog HPV u žena

- Vizualno
 - Genitalne bradavice i kondilomi
- Eksfolijativna citologija
 - Skvamozna intraepitelna lezija
 - Niski stupanj
 - Visoki stupanj
 - Koilocitoza, diskarioza, atipične bazalne stanice
- Kolposkopija
 - Acidobijeli epitel, ravni kondilomi, punktacije, baza, atipična vaskularizacija
- Histologija
 - Hiperplazija bazalnih stanica, akantoza, papilomatoza, koilocitoza, parakeratoza

Liječenje genitalne HPV infekcije

Nema odgovarajućeg lijeka za eradikaciju genitalnog HPV!

Učinkovitim liječenjem uklanjamo tjelesne simptome i psihičke simptome prouzročene lezijom

Liječenje genitalnog HPV u žena

- Liječenje upale donjeg genitalnog sustava
 - Vulvitis, kolpitis, cervicitis
- Kondom
- Specifično liječenje HPV lezija

Načini liječenja

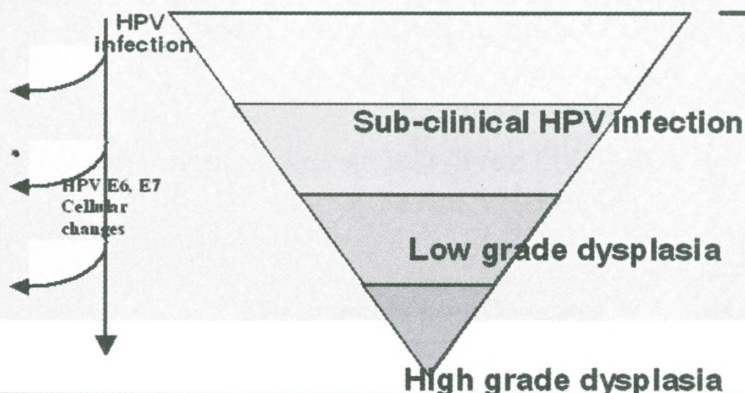
Podofilox	Ekskohleacija
Podofilin	Kiretaža
Imiquimod	Ekscizija hladnim nožem
TCA, BCA	Krioterapija
Interferon	Elektrokauterizacija
	Laser

Što će se dogoditi ako ništa ne poduzmemo?

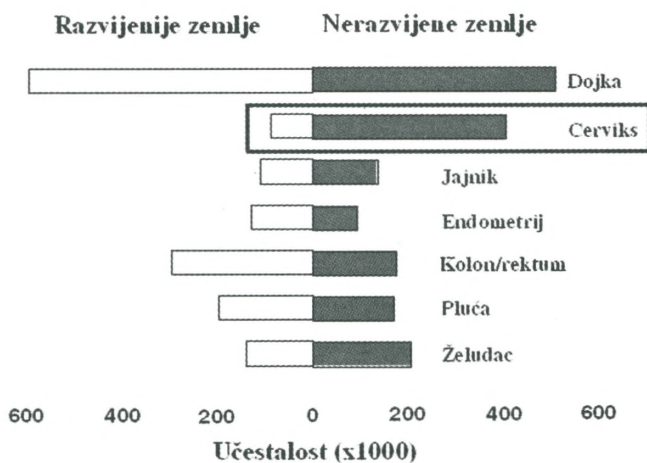
- Samoizlječenje?
- Dobroćudna bolest?
- Rak vrata maternice?



Natural History of Cervical HPV Infection



Najčešći karcinomi u žena



Parkin et al, Eur J Cancer 2001; 37:54

IARC slides from Nubia Munoz, Year 2000 IARC

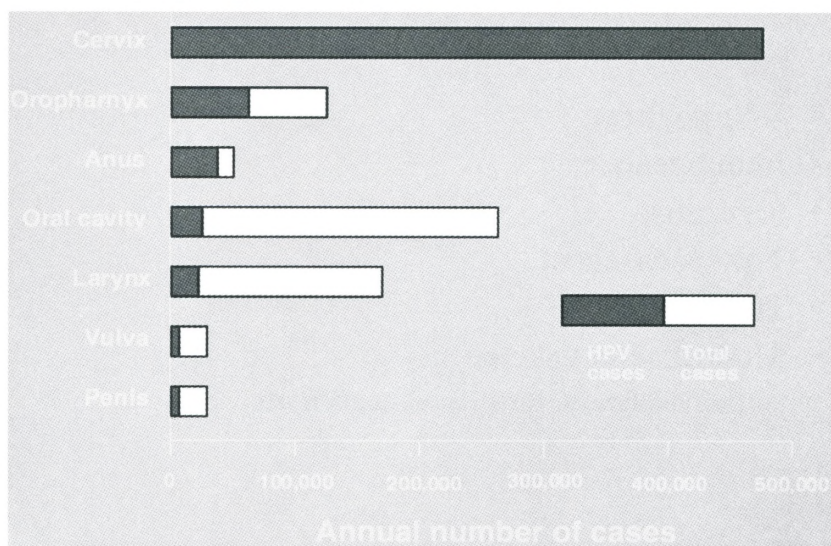
HPV i karcinom

- HPV infekcija je etiološki faktor u karcinomu cerviksa i nekim drugim karcinomima
- Karcinomi povezani s HPV infekcijom su 1/3 svih karcinoma povezanih s infektivnim uzročnicima
- > 600.000 novih slučajeva karcinoma godišnje pripisani HPV infekciji

Izvor: International Agency for Research on Cancer (IARC)

IARC slides from Nubia Munoz, Year 2000 IARC

Učestalost i raspodjela karcinoma pripisanih HPV infekciji



IARC slides from Nubia Munoz, Year 2000 IARC

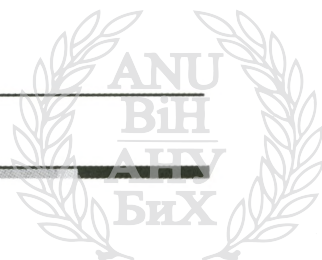


Rak vrata maternice u svijetu

- 5. najčešći karcinom u ljudi
- 2. najčešći karcinom u žena
- Najčešći karcinom u zemljama u razvoju
- životna dob u vrijeme smrti
 - rak vrata maternice **57 godina**
 - svi karcinomi **72 godine**

Humano Cjepivo za HPV

- Učinkovitost
- Imunogenost
- Sigurnost
- Tip-specifičnost
- Trajanje zaštite
- Modifikacija vakcine
 - polivalentnost, terapijske mogućnosti



Profilaktičko HPV cjepivo

- **Četverovalentno HPV cjepivo GARDASIL™**
 - (tip 6, 11, 16, 18)
- VLPs na *Saccharomyces cerevisiae*
 - Osnova: kvasac koja služi za cjepiva korištena u milijunima ljudi do sada.
- Aluminum dodatak 225 µg po dozi
- 0.5 mL injiciranog volumena
- 3 doze unutar 6 mjeseci (0,2,6)



GARDASIL is a trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

*VLP = Virus-like particle.

1. Villa LL, Costa RL, Petta CA, et al. *Lancet Oncol.* 2005;6:271–278.

Key Point

GARDASIL™ is Merck's quadrivalent HPV L1 VLP vaccine. It is produced in recombinant yeast, like the hepatitis B vaccine, and adsorbed on a proprietary aluminum adjuvant, like the tetanus vaccine.

Background

Merck's quadrivalent vaccine has the advantage that it targets 4 HPV types (6, 11, 16 and 18).¹ Together, HPV Types 16 and 18 account for about 70% of cervical cancer and high-grade lesions, whereas HPV Types 6 and 11 are associated with approximately 90% of anogenital warts.¹ Together, these 4 types are responsible for over 40% of low-grade cervical lesions,² and HPV 16 and 18 account for over 50% of high-grade lesions.³

The active quadrivalent vaccine is a mixture of 4 recombinant HPV type-specific VLPs consisting of the L1 major capsid proteins of HPV 6, 11, 16, and 18 synthesized in *Saccharomyces cerevisiae*.¹ Expression of the L1 protein in yeast generates noninfectious VLPs that resemble HPV virions.¹ A similar method is used for hepatitis B vaccine.⁴

The 4 VLP types were purified and absorbed onto amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate adjuvant.¹ The adjuvant dose was 225 micrograms per dose, and the vaccine injection volume was 0.5 mL, given by intramuscular injection at Day 1, Month 2, and Month 6.¹

GARDASIL is a trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

References

1. Villa LL, Costa RLR, Petta CA, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: A randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol*. 2005;6:271-278.
2. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions: Comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005;14:1157-1164.
3. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: A meta-analysis. *Br J Cancer*. 2003;88:63-73.
4. Recombivax HB® Hepatitis B Vaccine (Recombinant) prescribing information. Merck & Co, Inc. Whitehouse Station, NJ. 1998.

Cilj: Prevenција najvažnijih bolesti povezanih s HPV infekcijom

- Smanjenje rizika:
 - Raka vrata maternice
 - Cervikalne intraepitelne neoplazije (CIN)
 - Vulvarne intraepitelne neoplazije (VIN) i karcinoma
 - Vaginalne intraepitelne neoplazije (VaIN) i karcinoma
 - Kondiloma
- proporcionalno broju cijepljenih žena u općoj populaciji

Key point

The development of GARDASIL™ aims at demonstrating efficacy against HPV related diseases.

GARDASIL is a trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

Zašto četverovalentno HPV (Tip 6, 11, 16, and 18) cjevivo?

- Profilaktičkim davanjem očekuje se bitan utjecaj na bolesti koje se povezuju s HPV infekcijom.¹

Tip	Žene	Muškarci
6/11	• >90% kondiloma^{2a} • -10-25% SIL niskog stupnja^{3b} • Transplacentarni prijenos na dijete uzrokuje respiratornu papilomatozu	• >90% kondiloma^{2a} • Prenosnje na žene⁹
16/18	• -25% SIL niskog stupnja^{3b} • -50% SIL visokog stupnja^{4c} • -70% karcinoma cerviksa^{3h,5d,6e} • -70% ostalih genitalnih karcinoma^{7,6g}	• 60% analnih karcinoma^{10h} • Prenosnje na žene⁹

1. FUTURE II Study Group. A phase III study of the efficacy and safety of a quadrivalent HPV vaccine against HPV infection and associated diseases. *N Engl J Med*. 2006;354:811-821. 2. O'Keefe J, et al. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1993;90:5560-5563. 3. Cullen RT, et al. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2003;100:1010-1015. 4. Ghera R, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005;14:1157-1161. 5. Cullen RT, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12:101-105. 6. Ghera R, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12:101-105. 7. Ghera R, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12:101-105. 8. Ghera R, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12:101-105. 9. Ghera R, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12:101-105. 10. Ghera R, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12:101-105.

6 i 11 su odgovorni za...
16 i 18 su odgovorni za...

Key Point

Due to the morbidity associated with HPV types 6, 11, 16, and 18, a prophylactic quadrivalent HPV vaccine targeting these 4 HPV types is expected to substantially reduce the burden of HPV-related disease.

Background

Although many HPV types are known, only a few of them cause the vast majority of disease.¹ For example, low-risk HPV Types 6 and 11 are responsible for >90% of all anogenital warts in women and men.^{1,2} HPV 16 and 18 are the 2 HPV types most commonly identified in patients with cervical cancer.³ Together, HPV 16 and 18 are responsible for at least 70% of cervical cancers.³⁻⁵ HPV infection also has been closely linked to several other tumors.⁶⁻⁸ Together HPV Types 6, 11, 16 and 18 are responsible for approximately 35% of low-grade lesions of the cervix,⁴ and HPV 16 and 18 for at least 50% of high-grade lesions.⁹

Although some men may experience anal or genital lesions associated with HPV 16 and 18,¹⁰ most men generally serve as "carriers" or "vectors" of oncogenic HPVs. In fact, male partners may be important contributors to the risk of cervical cancer in their female partners.¹¹

Because most HPV-related disease is associated with HPV Types 6, 11, 16, and 18, a quadrivalent vaccine that targets these HPV types is expected to substantially reduce the burden of HPV-related disease.¹²

References

Jansen KU, Shaw AR. Human papillomavirus vaccines and prevention of cervical cancer. *Annu Rev Med.* 2004;55:319-331.

2. Gissman L, Wolnik L, Ikenberg H, Koldovsky U, Schnürch HG, zur Hausen H. Human papillomavirus types 6 and 11 DNA sequences in genital and laryngeal papillomas and in some cervical cancers. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1983;80:560-563.

3. Munoz N, Bosch FX, de Sanjosé S et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003;348:518-527.

4. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions: Comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14:1157-1164.
5. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: A meta-analysis. *Br J Cancer.* 2003;88:63-73.
6. Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM, et al. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol.* 2002;84:263-270.
7. Bjorge T, Dillner J, Anttila T, et al. Prospective seroepidemiological study of role of human papillomavirus in non-cervical anogenital cancers. *BMJ.* 1997;315:646-649.
8. Frisch M, Glimelius B, van den Brule AJC, et al. Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer. *N Engl J Med.* 1997;337:1350-1358.
9. Clifford GM, Smith JS, Aguado T, Franceschi S. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2003;89:101-105.
10. WHO. The current status of development of prophylactic vaccines against human papillomavirus infection. Geneva, Switzerland: World Health Organization; February 16, 1999.
11. Castellsague X, Bosch FX, Munoz N. The male role in cervical cancer. *Salud Publica Mex.* 2001;45 (suppl 3):S345-S353.
12. Franco EL, Harper DM. Vaccination against human papillomavirus infection: A new paradigm in cervical cancer control. *Vaccine.* 2005;23:2388-2394.

RANA DETEKCIJA KARCIONOMA
JAJNIKA METODOM
TRANSVAGINALNE COLOR DOPLER
SONOGRAFIJE, TE PONOVA
DETEKCIJA KARCINOMA NA
ZDRAVOM JAJNIKU NAKON
OPERACIJE I PROVEDENE
KEMOTERAPIJE – PRIKAZ SLUČAJA

Autor: Jasmin Dervišić, Azra Dervišić



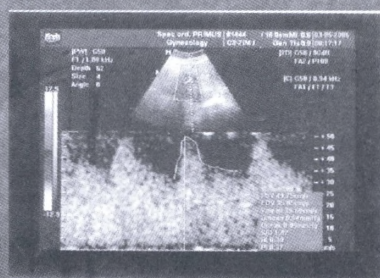
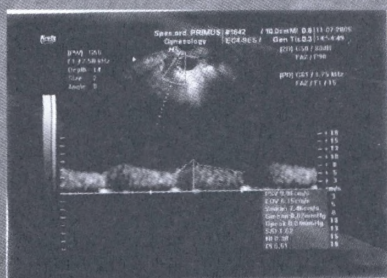
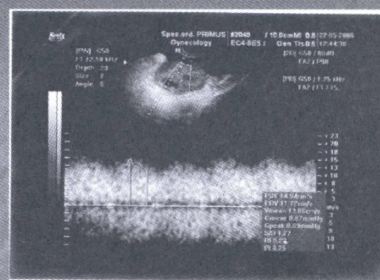
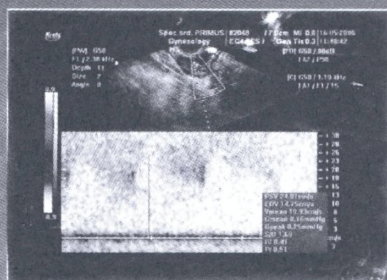
- Rana detekcija karcinoma jajnika još uvijek predstavlja jedan od najvećih problema u ginekologiji.
- Transvaginalna color dopler sonografija se koristi u mnogim centrima u Svijetu kao nezaobilazna metoda u dijagnostici malignoma jajnika.
- Metoda se zasniva na pronalaženju polja neovaskularizacije, koja prati rast zloćudnih tumora procesom angiogeneze, tj. stvaranjem novih kapilara .

- Folkman postavlja hipotezu da svakom porastu ćelijske populacije tumora prethodi umnožavanje novih kapilara što konvergiraju tumorskom tkivu. (1)
- Tumorski rast je ograničen ako nije praćen odgovarajućom vaskularizacijom.
- Nađeno je da žive tumorske ćelije oslobadaju dufuzibilne angiogenetske faktore koji in vivo potiču rast novih kapilara i mitozu endotelnih stanica, čak i kada je tumorski rast zaustavljen zračenjem. Istodobno je pokazano da produkti nekroze tumora nemaju angiogenetski učinak. (2)



- Tumorska vaskularizacija se sastoji od žila koje potiču iz postojećih (preegzistentnih) žila, te od novostvorenih žila kao posljedice odgovora na angiogenetski podražaj. (3)
- Kako novostvorene žile imaju slabiji glatki mišićni zid u odnosu na njihov kalibar, a budući da glavninu otpora protoku pružaju muskularne arteriole, žile sa slabije razvijenim mišićnim zidom pružice smanjen otpor protoku krvi, te propuštati veći volumen nego žile visokog otpora. (4)

- Ove činjenice su se koriste kako bi se transvaginalnim sondama voiske rezolucije detektirala područja sumnjive vaskularizacije.
- Granične vrijednosti za RI se kreću od 0,39(Hseih) do 0,8(Schneider),a za PI od 0,6(Bromley) do 1,23(Valentin).Shodno tome osjetljivost metode se kreću od 57 do 100%,a specifičnost od 51 do 70%.(4)



- Marret H i sur. su objavili studiju o preoperativnoj dijagnostici malignoma adneksa upoređujući serumski Ca125, transvaginalni B-mod ultrazvuk, te color dopler transvaginalni ultrazvuk sa graničnom vrijednosti RI od 0,53. Našli su da je najbolju osjetljivost od 83% i najbolju specifičnost od 93% pokazao color dopler transvaginalna sonografija.(5)

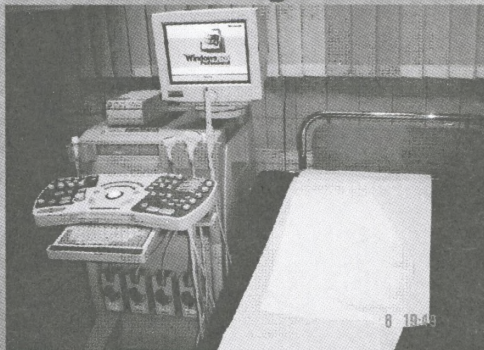


CILJ RADA

- Ukazati na vrijednost color dopler transvaginalne sonografije u screening –u malignoma adneksa, kao i postoperativnom praćenju .

METODA RADA I PRIKAZ SLUČAJA

- Color dopler transvaginalna sonografija je izvođena do 2004.godine na aparatu Toshiba 270 A, transvaginalnom sondom 5,75MHz, a od 2004.godine SA9900 Kretz transvaginalnom sondom 6-12MHz.



- Pacijentica M.Z rođena 1967 godine
- P-2
- Ab.art-1
- Ab.sp.-0
- ZM 25.07.98.
- Ciklusi uredni.
- Do sada zdrava
- Porodična anam: bo

- Javlja se sa neodređenim tegobama-napetost u malom stomaku,uz povremena probadanja.
- Palpacijski se u području desne adneксе nađe ovalna,glatkoelastična rezistencija veličine jajeta,pomična,blago bolno osjetljiva.
- Na transvaginalnoj sonografiji se nađe uterus i lijevi jajnik uredne ehoteksture. Desni ovarij oko 8x4x3,5cm,cistično solidne građe ,ciste anehogena sadržaja,deblje pregrade,bez uočljivih intracističnih proliferacija.Color doplerom se nađe pericistična vaskularizacija,te septalni protoci sa najnižim RI=0,39.



- **05.08.1998.** Op. Laparotomia (Pfannenstiel) Adnexectomy lat. dex.- Kantonalna bolnica Bihać.
- 10.08.1998. PHD: Cystadenoma serosum papillare in malignam alterationem ovarii
- Do 23.12.1998. obavi se kemoterapija-4 ciklusa sa Cisplatin 100mg i Endoxan 1000mg –KCU Sarajevo.
- Redovite tromjesečne kontrole uz dobro subjektivno stanje i laboratorijske nalaze u referentnim granicama

- **06.09.2000.** Pacijentica se javlja sa bolovima u malom stomaku lijevo, te predjelu bubrega u vidu probadanja, napetost u stomaku.
- Na transvaginalnoj sonografiji se nade uredan nalaz uterusa, Lijevi ovarij oko 4,8x4,5x3,5cm, u cjelosti ehogeniji, policističan sa ehogenijim odjecima unutar cističnih zona. Nade se mjesto intenzivnije vaskularizacije sa najnižim $RI=0,36$, te žile manjeg kalibra koje imaju karakteristike venskog protoka.

13

- **16.10.2000.** Op.
Relaparotomia. Adnexectomy
čat. sin. Resectio omenti
partialis. Drainage.
- PHD: Cystadenoma serosum papillare in malignam alterationem.
- Na šestomjesečnim kontrolnim pregledima uredan nalaz uterusa i endometrija, bez recidiva i metastaza do posljednjeg pregleda 18.04.2007.

14

ZAKLJUČAK

- Prilikom detekcije tumora desnog ovarija color dopler transvaginalna sonografija se pokazala kao izrazito signifikantna na maligne promjene, gdje je naden najniži RI od 0,39, kao i u postavljanju indikacije za operativni zahvat lijevog ovarija, gdje je naden najniži RI od 0,36.
- Ca125 je bio u referentnim vrijednostima, te se nije mogao koristiti kao pokazatelj malignih promjena.



- Kemoterapija, koja je sprovedena po uobičajenoj šemi iza postavljene patohistološke dijagnoze maligniteta desnog ovarija, nije spriječila pojavu malignih promjena na lijevom ovariju, čime se otvara prostor za diskusiju o učinkovitosti pomenute kombinacije citostatika ...

Terapijska upotreba fotodinamskog lasera kod ranih cervikalnih intraepitelnih neoplazija

Autor: Jasmin Dervišić, Azra Dervišić



- Upale vrata maternice su najčešće bolesti radi kojih se žene obraćaju za pomoć ginekologu. Smatra se da oko 80% multipara ima jedan od oblika cervicitisa.(1)
- Od najvećeg je kliničkog značaja infektivni cervicitis.

TABELA

Bakterije:	Streptococci, Staphylococci, Enterococci, Lactobacilli? Gardnerella, Ureaplasma ureolyticum, N.gonorrhoeae, C.Trachomatis, Treponema, M.tuberculosis, Leptothrix, Actinomyces israelii
Gljivice:	C.albicans, Toxoplasma, Aspergillus i dr.
Paraziti:	Trichomonas vaginalis
Virusi:	Humani papilloma virus (HPV), Herpes genitalis
Protozoi:	Entameba histolytica i dr.
Helminti:	U nas izuzetno rijetki.

Preuzeto iz (1)



- Klinički najvažniji uzročnik je HPV, čija povezanost sa cervikalnim karcinomom nije upitna.
- U 95-100% slučajeva invazivnog karcinoma vrata maternice izoliran je HPV, najčešće tip 16.(2)
- Od preko 100 tipova HPV DNA ,visokog rizika su: 16,18,31,33,35,45,52,56 itd.
- CIN je pojam koji uključuje promjene poznate pod nazivom displazija, pri čemu je CIN I intraepitelna neoplazija niskog rizika ili blaga displazija, CIN II umjerena displazija ,te teška displazija CIN III i carcinoma in situ.

- Statistika pokazuje da oko 50% citološki otkrivenih blažih abnormalnosti ,ali i oko 30-50% CINI i CINII neće napredovati u rak.(3)



- Osjetljivost Papa testa iznosu najviše oko 80%,što praktično znači da svaka peta žena sa premalignim promjenama na grliću može imati uredan Papa test.
- Ipak , u sadašnjim okolnostima Papa test ostaje «zlatni standard» koji je svima dostupan,a DNA tipizacija HPV u mnogim sredinama nije rutinska metoda za sada.

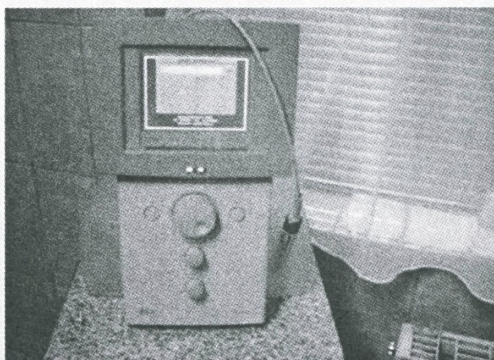
CILJ RADA

- Ocijeniti terapijsku vrijednost fotodinamskog lasera kod ranih, potencijalno premalignih lezija



METODA RADA

- Za lasersku terapiju korišten je BTL-5000 SERIES te specijalna fiberoptička sonda za ginekologiju 30-50 mW

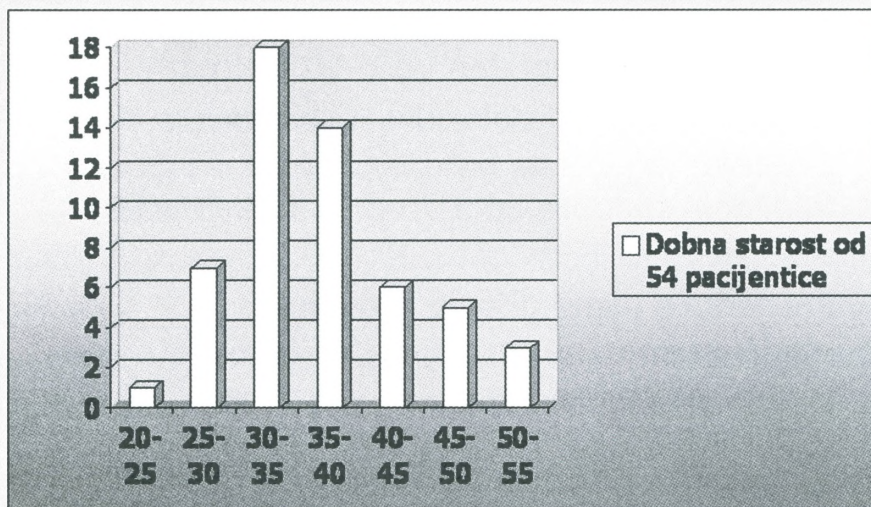


- Pacijentice su tretirane izvan menstruacijskog krvarenja na drugi dan od 6-10 tretmana.
- Nakon ispiranja fiziološkim rastvorom, te otklanjanja sluzi sa porcije, pristupa se laser iradijaciji snagom od 3 J/cm² , frekvencijom 9,12 Hz.
- Pacijentice nisu koristile nikakvu medikamentoznu terapiju u vrijeme tretmana.
- Nakon završenog tretmana savjetovano je korištenje Döderlein vag.



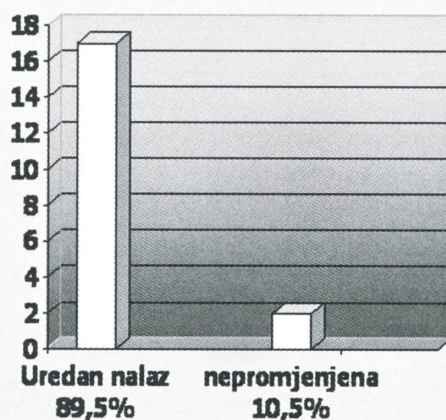
- Nakon 3- 6 mjeseci rađen je kontrolni Papa test, a za efekat terapije korišteni su rezultati Papa testa nakon 6 mjeseci.
- Analizirano je 54 tretirane pacijentice sa suspektnim Papa testom u vremenu od 1.01.2002.god. do 31.12.2006.god.
- Briseve za Papa test je uzimao isti ginekolog, a analizirao isti citolog.
- Prosječna dob ispitanica je bila 37,11 godina.
- Prosječan broj tretmana je iznosio 8,38 po pacijentu.

REZULTAT

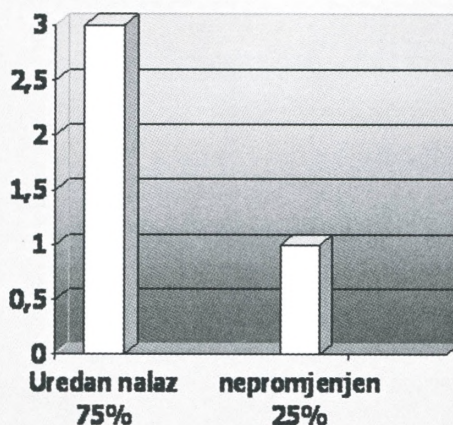


- Od 54 tretirane pacijentice nakon 6 mjeseci po završenom tretmanu –
- 45 pacijentica je bilo sa poboljšanim nalazom
- 5 pacijentica je bilo sa nepromijenjenim nalazom
- 4 pacijentice su morale na dalju histološku obradu

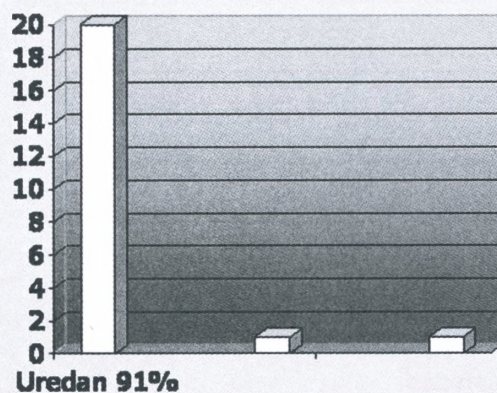
Sa abnormalnostima epitela bez promjena povezanih sa HPV bilo je 19 od 54 ili 35%



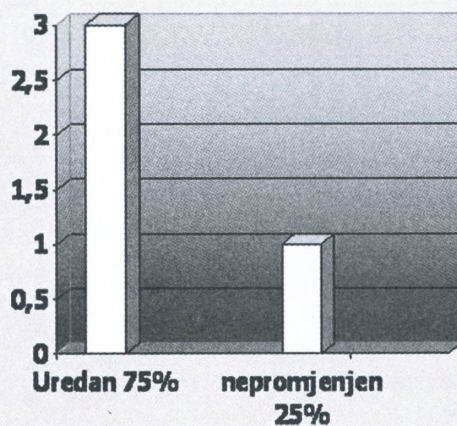
Sa abnormalnostima epitela sa promjenama povezanim sa HPV bilo je 4 od 54 ili 7 %



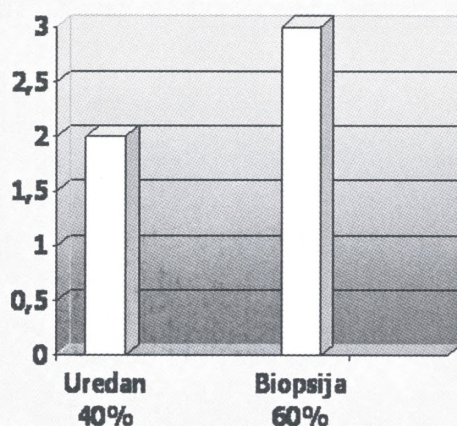
CIN I bez koilocita 22 od 54 ili 41 %



CIN I sa koilocitima 4 od 54 ili 7 %



CIN I/II sa koilocitima 5 od 54 ili 9 %



ZAKLJUČAK

- Upotreba fotodinamskog lasera u tretmanu ranih intraepitelnih neoplazija se pokazala korisnom kod abnormalnosti epitela sa i bez promjena povezanih sa HPV i kod CIN I.
- Kod CINI/II sa promjenama povezanim sa HPV bio je koristan kod 40% pacijentica.

**Odjeljenje medicinskih nauka ANUBiH i
Udruženje ginekologa i perinatologa BiH**

Simpozium

**UČESTALOST, PREVENCIJA, DIJAGNOSTIKA I
TERAPIJA GINEKOLOŠKOG KARCINOMA u BiH
POSljednjih DESET GODINA**

Sarajevo 08.06.2007.g.

dr. R. Sujoldžić
dr. F. Mujanović-Glamočanin
dr. A. Šuškić

**KANTONALNA BOLNICA TRAVNIK
GINEKOLOŠKO-POROĐAJNA SLUŽBA**

dr. R. Sulojdžić, dr. F. Mujanović-Glamočanin, dr. A. Šuškić

**TREND GINEKOLOŠKOG KARCINOMA NA PODRUČJU
SREDNJOBOSANSKOG KANTONA (2002-2007.)**



Ukupan broj i struktura oboljelih SBK/KSB

MALIGNOMA	2002	2003	2004	2005	2006	UKUPNO
OPŠTI MALIGNITET ŽENA	882	1018	1169	1175	1155	5.399
CA MAMMAE	137	146	154	123	159	719 / 13,3 %
GINEKOLOŠKI MALIGNITET	77	85	96	99	144	501 / 9,2 %
CA UTERI	36	26	34	38	39	173 / 3,2 %
CA CORPUS UTERI	3	16	28	15	27	89 / 1,6 %
CA OVARIJ	38	43	34	46	78	239 / 4,4 %
UMRLO	--	31	24	23	37	115 / 9,4 %
REGISTROVANO	9	68	80	98	88	343 / 28,1 %

Komentar:

Tabelarne podatke dobili smo od Zavoda za javno zdravstvo SBK/KSB koji djeluje tek pet godina i još nema potpunije informacije iz ove oblasti. Ipak se može konstatirati nepovoljan trend porasta svih oblika karcinoma genitalnog sustava žene što je odavno postalo zabrinjavajući fenomen ne samo ovdje u BiH nego i u okruženju, pa i šire.

Stoga je potrebna brza i efikasna akcija svih odgovornih faktora na zaustavljanju ovog uzroka u ukupnoj smrtnosti ženske populacije koji navodno doseže 20%.. Tako je u Hrvatskoj najbrojniji karcinom korpusa (7%), pa karcinom ovaria (6%) i cervix karcinom (5%).

Iz gore navedenih podataka žene SBK/KSB najčešće oboljevaju od karcinoma ovaria (5%), zatim cervixa (2%) te karcinoma endometria koji je u padu (4%) od svih malignoma žene. Ukupna smrtnost od svih genitalnih karcinoma žene iznosi oko 10%.

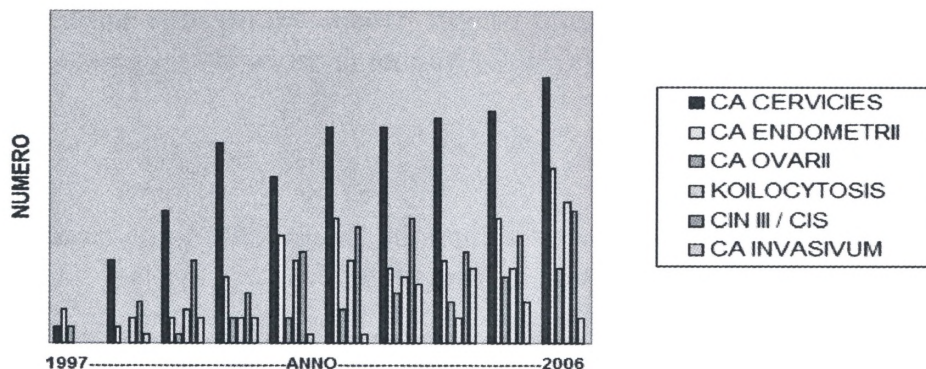
KANTONALNA BOLNICA TRAVNIK GINEKOLOŠKO-POROĐAJNA SLUŽBA

dr. R. Sulojdžić, dr. F. Mujanović-Glamočanin, dr. A. Šuškić

VERIFICIRANI GINEKOLOŠKI KARCINOM NA ODJELU
KANTONALNE BOLNICE TRAVNIK (1997-2007.)



MALIGNOM	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	UKUPNO
CA CERVIXIS	2	10	16	21	20	26	26	27	28	32	211 / 60%
CA ENDOMETRII	4	2	3	8	13	15	9	10	15	21	100 / 28,4%
CA OVARII	2	0	1	3	3	4	6	5	8	9	41 / 11,6%
UKUPNO	8	12	20	35	36	45	41	42	51	62	352
CONISATIO	0	3	7	9	12	14	13	12	13	36	119
BIOPSIO	2	3	2	11	4	5	11	10	13	15	76
KOILOCYTOSIS	0	3	4	3	10	10	8	3	9	17	67
CIN III / CIS	0	5	10	6	11	14	15	11	13	16	101 / 47,8%
CA INVASIVUM	0	1	3	3	1	1	7	9	5	3	36 / 17%



Nažalost u Zavodu nismo mogli dobiti i druge veoma značajne parametre u evaluaciji i stručnom istraživanju ovog fenomena kao što su: dob i uzrast oboljelih, društvena i socijalna struktura, obrazovanje, urbana i ruralna incidenca, uspješnost rane dijagnoze, vrijeme preživljavanja i sl.

Prijedlog zaključaka simpozija:

1. Obavezati sve ginekologe u bolnicama, domovima zdravlja, javnim i privatnim ambulantama na redovno i pravovremeno prijavljivanje utvrđenih karcinoma sa svim relevantnim parametrima kako bi ovu oblast mogli kvalitetno istražiti i pratiti.
2. Zavodi za javno zdravstvo i statistiku bi dobivene podatke sumirali, epidemiološki i statistički obradili te unijeli u jedinstvenu "bazu podataka" za svaki kanton, entitete i BiH.
3. Obezbijediti stalan pristup tim informacijama direktno putem interneta web stranicom Udruženja ginekologa ili preko stručnih časopisa.

Nažalost, naše Udruženje godinama nema niti svog glasila, a da i ne pominjem mogućnosti telemedicinske komunikacije.

Komentar:

Analizirali smo vjerodostojne podatke iz Op. protokola ginekološkog odjela, istorija bolesti i PH nalaze Instituta za patologiju Sarajevo u desetogodišnjem materijalu od 1997-2007. godine. Može se zaključiti evidentan porast svih oblika genitalnog malignoma.

Nismo prikazali kretanje drugih, rjedih lokalizacija karcinoma kao npr. Ca vulvea (4 slučaja) ili Ca vagine (7 slučajeva) u navedenom periodu.

CA PVU:

je najbrojniji sa 60% od ukupnog broja karcinoma uterusa i ovaria sa godišnjim prosječnim rastom od 5%.

Dominira Ca planocellulare sa 75%, Ca squamocellulare 20%, a 5% je Adenoca.endocervixa.

Od ukupnog broja ovih malignoma (211) najviše je nađeno konizacijom PVU (70%) a ciljanom biopcijom 30%, sa nekoliko uzgrednih pozitivnih nalaza pri histerektomiji benignih tumora uterusa (myoma). Naravno da praktikujemo preoperativnu citološku obradu grlića po Papanicolau i colposkopiu.

U PH slici imamo najviše CIN III / CIS nalaza, a invaziju bilježimo u 17% preparata.

Koilocytoza je u porastu i iznosi 32% op preparata dok za otkrivanje infekcije HPV nemamo uslova.

CA ENDOMETRII

je na našem materijalu drugi po učestalosti sa 28,5% od svih genitalnih malignoma, a nađeni su histerektomijom indiciranom prethodnim kliničkim nalazom i suspektim abradatom endometrija.

PH slikom dominira adenoca.endometria gr.I i gr.II sa nekoliko slučajeva gr.III i perforacije stjenke uterusa. Imali smo u navedenom periodu i dva slučaja sarcoma uterusa i jedan rijedak choriocarcinom godinu dana nakon poroda pacijentice.

CA OVARIJ

posebno zabrinjava zbog otežane rane dijagnostike i uglavnom ga nalazimo na otvorenom trbuhu nakon prethodne sumnje kliničkim pregledom, UZV, CT i Tu markerima ovaria. Na njega otpada 11,6% svih genitalnih karcinoma.

Prognoza ovih bolesnica je veoma neizvjesna i nailazimo uglavnom zapuštene slučajeve sa metastazama na zdjeličnim organima, crijevima, karcinomatozom omentuma i posljedičnim ascitom.

Evidentno je i da sve više obolijevaju žene mlade životne dobi.

Najmlada pacijentica imala je svega 13 godina, laparatomirana od strane hirurga zbog sumnje na appendix. Ginekolog je uradio cystektomiju ovaria, a PH nađen adenocarcinoma viloznog tipa.

Obzirom na ratno okruženje i blokadu grada i Bolnice nije bio moguć transport radi radikalnog op. zahvata i citoterapije pa je za 6 mjeseci nastupio i smrtni slučaj.

U ovoj sumornoj slici imali smo i dva svijetla slučaja sa najpovoljnijim mogućim ishodom, materinstvom.

Riječ je o dvije mlade djevojke kod kojih je jednostranom adnex-ectomijom utvrđen adenocarcinoma ovaria.

Nakon operativnog i onkološkog liječenja (cytotherapia) te bračnog savjetovanja zatrudnjale su i iznijele trudnoće, prva je rodila jedno a druga dvoje djece.

Carskim rezom operativni nalaz u zdjelici i trbuhu kod obje pacijentice bio je potpuno uredan što govori o definitivnom izlječenju.

PRIJEDLOG ZAKLJUČAKA SIMPOZIJA:

Porast karcinoma uterusa i ovaria, a i malignitet uopšte, nije samo medicinski nego i opštedruštveni problem.

Neophodno je potrebno što prije donijeti na razini države BiH ili FBiH sveobuhvatnu i opšteprihvatljivu Strategiju borbe protiv raka koju treba da predvodi struka uz maksimalnu potporu zdravstvenih i političkih vlasti u kojima, kao nikad do sada, imamo toliko doktora medicine.

Preduvjet za provođenje planirane Strategije je kvalitetnija edukacija i doedukacija kolega počev od spec. staža na klinikama, post-diplomskog studija, kurseva, seminara i sl.

Potrebno je poraditi i na poboljšanju op. tehnike mladih kolega osobito radikalnih zahvata.

Nedopustivo je da i danas većina kantonalnih bolnica nemaju iskusne ginekologe-citologe, patohistologe i onkologe. Njihov timski rad je neophodan u uspješnijoj borbi protiv genitalnog karcinoma.

HVALA

SEKUNDARNA PREVENCIJA CERVICALNOG KARCINOMA U SLUŽBI ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU ŽENA I TRUDNICA U PERIODU 1997-2006.

*Adem Balić, Amela Adžajlić, Vesna Stilinović, Amra Habibović,
Lejla Mešalić, Jasna Dragović, Aza Žigić, Enver Kubat*

Služba za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica Doma zdravlja sa poliklinikom „Dr Mustafa Šehović“ Tuzla

Karcinom grlića materice je karakteriziran umnožavanjem malignih ćelija, njihovim prodorom u okolno vezivno tkivo ulazom u limfne pukotine i puteve, te metastaziranjem. Najčešće se radi o pločastom epitelu (90%) a rjeđe o cilindričnom (10% -adenokarcinom). U zemljama u razvoju cervicalni karcinom je najčešće maligno oboljenje kod žena, dok se u razvijenim zemljama nalazi tek na sedmom mjestu, što je pravi pokazatelj kvaliteta skrininga u različitim sredinama. Prema podacima WHO godišnje u svijetu oboli 500000 žena a 230000 ih umre od ove opake bolesti. Prosječna starosna dob za obolijevanje od karcinoma grlića je između 48 i 52 godine a za CIS (Ca cervicis in situ) 35 godina. Ova razlika se pripisuje latentnom periodu koji je potreban da preinvazivne forme pređu u invazivni stadij.

Uzrok nastanka raka grlića je nepoznat, mada je u zadnje vrijeme sve više pristalica teorije da je infektivne naravi i da ga kao takvog treba svrstati u grupu spolno prenosivih bolesti. U skladu sa takvim shvatanjima faktori rizika bi bili: genitalne infekcije, hemijski agensi, seksualne navike, imunosupresivna terapija, bolesti imunodeficiencije, socioekonomski uslovi života, faktori od strane muškarca i sl.

Liječenje karcinoma grlića zavisi od faze bolesti a od toga u velikoj mjeri zavisi i njen uspjeh, tj. preživljavanje. Premaligne promjene grlića se mogu sasvim izliječiti i to ambulantno uz očuvanu reproduktivnu sposobnost u visokom procentu. Takođe je i uspjeh liječenja

CIS-a vrlo visok (skoro 100%) dok se npr. petogodišnje preživljavanje kod I stupnja kreće 64-79%, kod II stupnja 53-68%, kod III stupnja 33% a kod IV svega 8%¹.

Cilj istraživanja je ispitivanje učestalosti kolposkopskih i citoloških pregleda i grlića maternice u Službi za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica, te učestalost na distribuciju preinvazivnih i invazivnih lezija grlića u odnosu na životnu dob u periodu 1997-2006. g.

Materijal i metode

Istraživanje je retrospektivnog tipa. Korišteni su podaci Citološkog kabineta Službe za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica Doma zdravlja u Tuzli o citološkim i kolposkopskim pregledima koji su urađeni u periodu 1997-2006. god. Nalazi su klasificirani po "NCI Bethesda sistem 2001" (National Cancer Institut-NCI) ili Klasifikaciji citoloških nalaza vrata materice "Zagreb 2002".

Ispitanice kojima je urađena kolposkopija i PA-Pa bris u pomenutom periodu su podijeljene u odnosu na starosnu dob, te u odnosu na citološki nalaz (normalan, displazija i karcinom).

Ispitanice kod kojih je na cervikovaginalnom brisu registrovana abnormalnost ćelija (ASCUS, SIL, CIN i karcinom) su podijeljene u odnosu na starosnu dob (>20 godina, 20-30 godina, 31-40 godina, 41-50 godina, >50 godina).

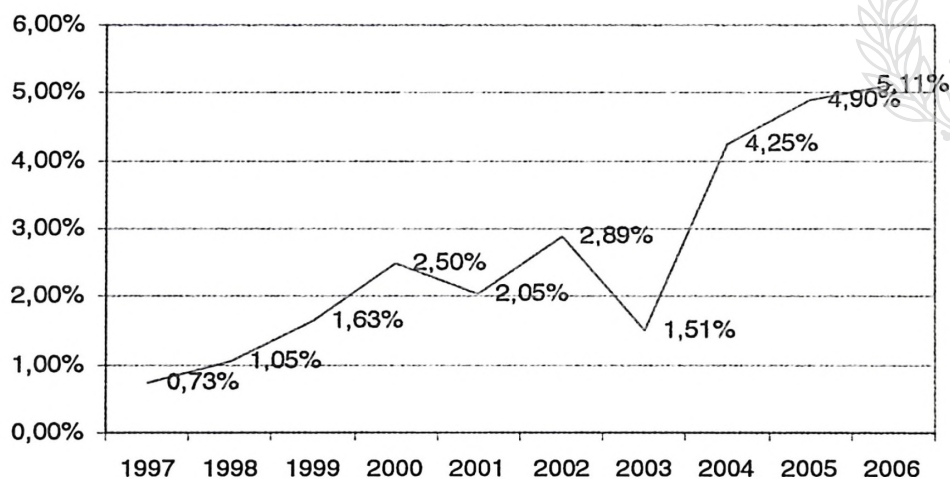
Rezultati

U periodu 1997-2006. godine pregledano je ukupno 18364 žena. Patoloških nalaza je bilo 557 (3,03%). Karcinom grlića je dijagnostikovano u 16 žena (11 karcinom i 5 karcinoma in situ).

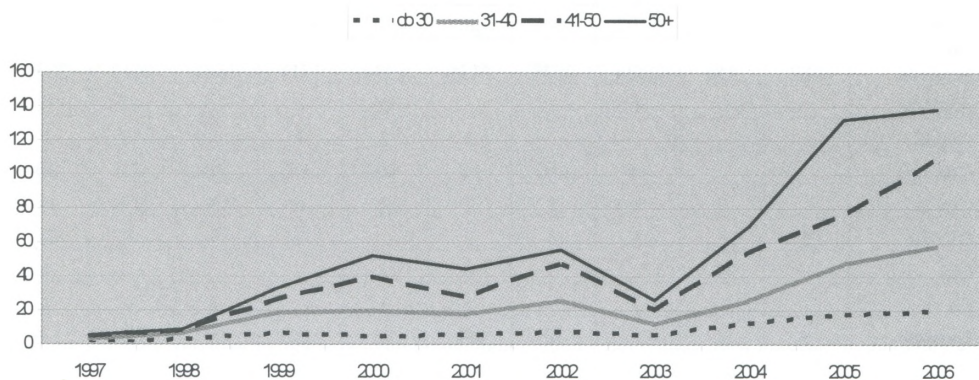
Godina	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Broj pregleda	682	850	2024	2078	2136	1934	1711	1644	2612	2698
ASCUS			1	1		3	1	26	42	52
AGUS					3	2	1	1	3	1
CIN I			18	140	28	48	16	36	65	60
CIN II		7	4	7	7	2	6	3	12	11
CIN III	5		5	4	2		2	3	5	12
CIS		2			2					1
Ca			5		2	1		1	1	1
Ukupno	5	9	33	52	44	56	26	70	128	138

Tabela 1. Citološki pregledi u Službi za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica u periodu 1997-2006.

Broj citoloških pregleda se povećavao iz godine u godinu tako je 2006. godine 4 puta veći broj pregleda nego 1997. godine (Tabela 1.). Međutim, istovremeno je rastao i broj patoloških nalaza sa 0,73% u 1997. godini na 5,11% u 2006. godini.

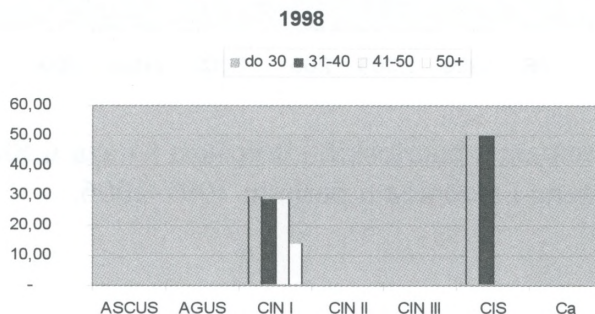
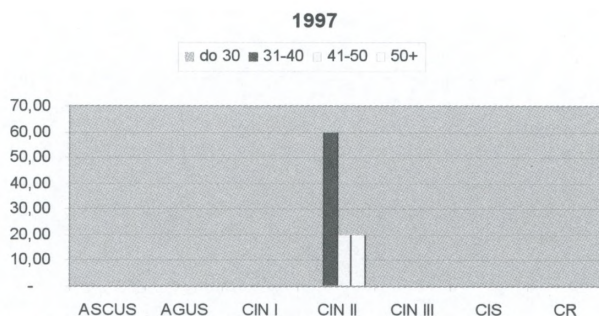


Grafikon 1. Incidenca patoloških citoloških nalaza u Službi za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica u periodu 1997-2006.

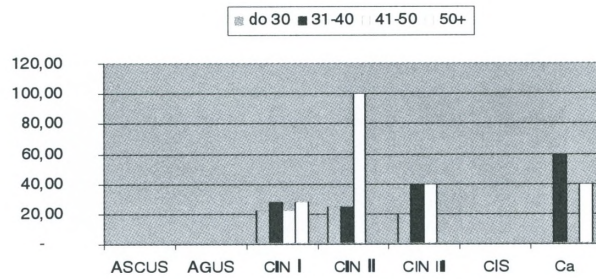


Grafikon 2. Incidenca patoloških citoloških nalaza u Službi za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica u periodu 1997-2006. prema starosnoj dobi žena

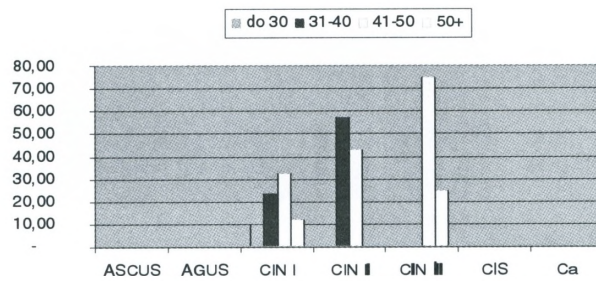
Incidenca patoloških briseva grlića prema starosnoj dobi žena ukazuje na stalni rast kod žena preko 50 godina ali i onih u petoj deceniji, naročito u zadnjih pet godina.



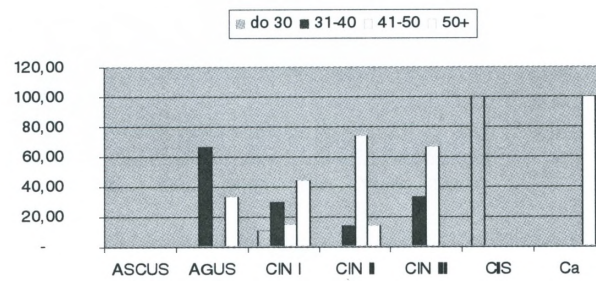
1999



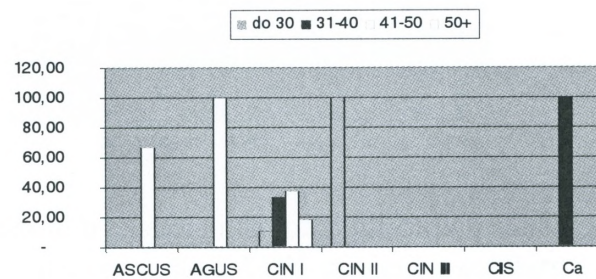
2000

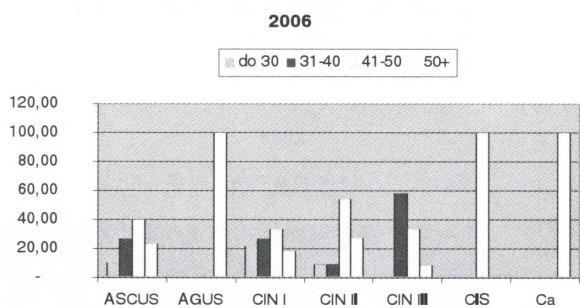
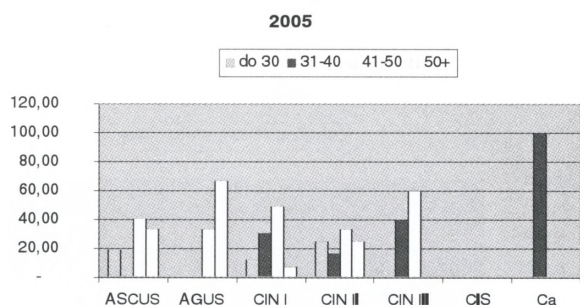
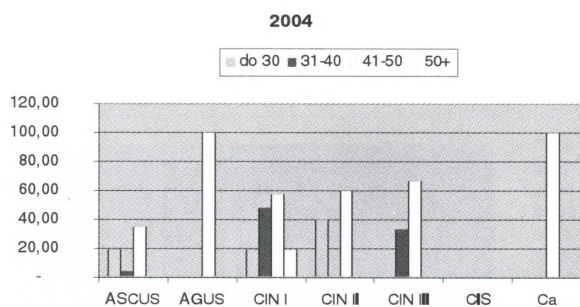
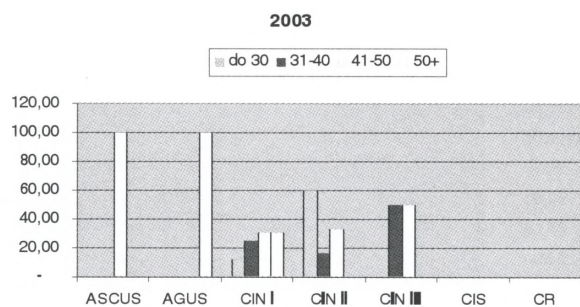


2001



2002





Grafikon 4. Incidenca patoloških citoloških nalaza u Službi za zdravstvenu zaštitu žena i trudnica u periodu 1997-2006. prema težini promjena

Diskusija

U službi za zdravstvenu zaaštitu žena i trudnica sprovodi se rana dijagnostika karcinoma grlića u kontinuitetu još od 1985. god. U toku rata i neposredno nakon rata u Službi je radio jedan ginekolog sa edukacijom iz ginekološke citologije, od 1999. dva, te je broj citoloških pregleda povećan sa 850 na 2500 pregleda.

Analizom podataka za desetogodišnji period uočava se stalni porast incidence patoloških PA-PA nalaza, koji je samo u zadnjih 5 godina udvostručen, ali prije svega na račun blažih formi kao što ASCUS, AGUS i CIN I, dok je broj novootkrivenih slučajeva u stalnom padu, sa 15,15% u 1999. godini na 0,78 u 2005. i 0,72 u 2006. godini. To znači da se skriningom obuhvaćaju rizične grupe žena, te da se karcinom grlića sve češće dijagnostikuje u preinvazivnoj fazi u na stadiju displazije cervikalnog epitela.

U pogledu starosne dobi od 2003. godine trend je porasta incidence patoloških PA-PA nalaza god žena preko 50 godina, ali i značajniji porast kod žena u petoj deceniji život, koji ima trend daljeg porasta. Interesantno je napomenuti da je uočen i porast patoloških PA-PA nalaza kod žena u četvrtoj deceniji. Međutim, mišljenja smo da to nije rezultat svarnog porasta učestalosti karcinoma grlića kod mladih žena nego posljedica kvalitetnog skrininga kod žena mlade životne dobi, tako da se sve više otkrivaju blage i srednje teške displazije cervikalnog epitela a sve manje karcinom grlića.

Nivo prosvijećenosti i zdravstvene kulture kod žena u tuzlanskoj regiji raste iz dana u dan, zahvaljući stalnom animiranju žena o važnosti i potrebi tog pregleda tako da ne mali broj žena ove preglede obavlja privatno na vlastitu inicijativu što nam u značajnoj mjeri pomaže da uprkos malom broju pregleda koje obavljamo u Službi skrining karcinom grlića zadovoljavajući.

Zaključak

Rana detekcija karcinoma grlića odnosno stanja koja mogu do njega dovesti je važna jer uspjeh liječenja značajno zavisi od faze u kojoj se bolest nalazi prilikom njenog otkrivanja. Bilježi se stalni pad otkrivanja karcinoma grlića a uvećanje incidence blagih i srednje teških displazija cervikalnog epitela ne samo kod starijih nego i kod mladih žena.

Literatura

1. Džanić DŽ. Tumori grlića maternice. U: Ginekologija. Fatušić Z. Tuzla: PrintCom, 2005; 387-397.
2. Babuš V i sar. Epidemiologija 3. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 1997:137.
3. Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, la Vecchia C. Cervical cancer mortality in young woman in Europe: patterns and trends. Eur J Cancer 2000; 36:2266-71.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Incidenca raka u Hrvatskoj. Bilten br. 23, Zagreb 2001.
5. Audy-Jurković S, Grgurević-Batinica A, Mahovlić V, Krivak I. Ginekološka citologija –vrat maternice. Gynaecol Perinatol 2003; 12: 1-9.
6. Dražančić A, Audy-Jurković S, Ljubojević N, Babić D. Preinvazivne promjene vrata maternice u proteklom stoljeću. Gynaecol Perinatol 2001; 10(4):183-189.
7. Schauenstein W. Atypisches Plattenepithel. Arch Gynäkol 1908; 85: 576-616.
8. Broders. AC. Carcinoma in situ contrasted with benign penetrating epithelium. JAMA 1932; 99: 1670-4.
9. Pajtlar M. Dijagnostička vrijednost citologije u odnosu na komplementarne metode detekcije i dijagnostike prekliničkog karcinoma vrata maternice i njegovih predstadija. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb: 2001. Disertacija.
10. Audy-Jurković S, Ćorušić A. Sekundarna prevencija raka vrata maternice na početku 21. stoljeća: Citološki probir i/ili? Gynaecol Perinatol 2001; 10:43-48.
11. Yoshida Y, Sato S, Okamura C, Nishino Y, Yajima A. Evaluating the accuracy of uterine cancer screening with the regional cancer registration system. Acta Cytol 2001; 45:157-62.
12. Bukvić I, Kapić Š, Lagumdžija Z. Pouzdanost skrining metoda u dijagnostici displazija i karcinoma vrata maternice kod asimptomatskih žena. Med Arh 2004; 58 (2):117-119/
13. Pajtlar M, Ovanin–Rakić A, Audi-Jurković S. Citodijagnostika vrata maternice. II. Pouzdanost diferencijalne citodijagnostike. U: Eljuga D, Dražančić A, i sur. Prevencija i dijagnosti-

- ka tumora ženskih spolnih organa. Zagreb: Nakladni zavod Globus, 1998; 105-13.
14. Andersen ES, Nielsen K, Pedersen B. The reliability of pre-conisation diagnostic evaluation in patients with intraepithelial neoplasia and microinvasive carcinoma. *Gynecol Oncol* 1995; 59: 143-47.
 15. Šerman A, Eljuga D, Strnad M, Chylak V. Pojavnost i mortalitet od raka vrata maternice u Hrvatskoj: prijedlog primarne i sekundarne prevencije. *Gynaecol Perinatol* 2001; 10 (suppl. 1): 40-43.



EPIDEMIOLOŠKE I KLINIČKE KARAKTERISTIKE MALIGNIH TUMORA JAJNIKA

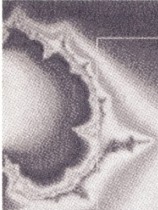
FEDA OMERAGIĆ



MULTICENTRIČNA RETROSPEKTIVNO - PROSPEKTIVNA STUDIJA U PERIODU 1996.-2000.

OBUHVAĆENI SU
REGIONI FBiH KOJI
IMAJU UNIVERZI-
TETSKO KLINIČKE I
VEĆE BOLNIČKE
CENTRE :
SARAJEVO, TUZLA,
ZENICA, TRAVNIK,
BIHAĆ, MOSTAR

PROSPEKTIVNO SE
PROJICIRA INCIDENCA
MALIGNIH TUMORA
JAJNIKA DO 2010.G
SA APLIKACIJOM
MULTICENTRIČNE
STUDIJE



KORIŠTENI SU:

UVID U MEDICINSKU
DOKUMENTACIJU,
GIN. PREGLED,
IZVJEŠTAJI FEDERALNOG
ZAVODA ZA STATISTIKU
I OPŠTINSKIH
MATIČNIH UREDA

PACIJENTICE UKLJUČENE U STUDIJU PODIJELJENE SU
U DVIJE GRUPE :

GRUPA
ISPITANICA

272

OBUHVATA PACIJENTICE
KOD KOJIH JE
HISTOLOŠKIM
PREGLEDOM POTVRĐENA
DIJAGNOZA MALIGNOG
TUMORA JAJNIKA

KONTROLNA
GRUPA

200

100 NULIPARA I
100 MULTIPARA
ODABRANIH METODOM
SLUČAJNOG ODABIRA.





Prikupljeni su i analizirani:

- 1. OPŠTI PODACI**
- 2. DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE**
- 2. STADIJUM BOLESTI**
- 3. PATOHISTOLOŠKI TIP TUMORA**

STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

**U STATISTIČKOJ
OBRADI
PODATAKA
KORIŠTENE SU
STANDARDNE
STATISTIČKE
METODE**

**STATISTIČKE HIPOTEZE
SU TESTIRANE
 χ^2 – TESTOM,
FISHEROVIM EGZAKTNIM
TESTOM
i T -TESTOM.
TAKOĐER JE KORIŠTENA
METODA
LINEARNE REGRESIJE**



REZULTATI I DISKUSIJA

CENTAR U KOJEM JE BOLEST DIJAGNOSTIKOVANA

DIJAGNOZA MALIGNOG
OVARIJSKOG TUMORA JE
POSTAVLJENA KOD 272
PACIJETICE:

85 U TUZLI (31,25%),
83 U SARAJEVU (30,5%),
BIHAĆU 44 (16,10%),
ZENICI 36 (13,2%)
TRAVNIKU 13 (4,07%),
MOSTAR 11 (4,04%).

U ISTOM PERIODU NA
PODRUČJU
FEDERACIJE BIH PREMA
PODACIMA
FEDERALNOG ZAVODA ZA
STATISTIKU ŽIVJELO JE
2.287.624 - 2.335.846
STANOVNIKA

INCIDENCA OVARIJSKIH MALIGNIH TUMORA

KOMPARIRAJUĆI NAŠE REZULTATE SA ONIM IZ
NEPOSREDNOG OKRUŽENJA, U FBiH JE
EVIDENTIRANA NEŠTO NIŽA INCIDENCA.

TAKO NA PRIMJER U SLOVENIJI JE 18/100.000
U HRVATSKOJ 17/100.000, A ZA SRBIJU
INCIDENCA JE 1,4- 12/100.000.

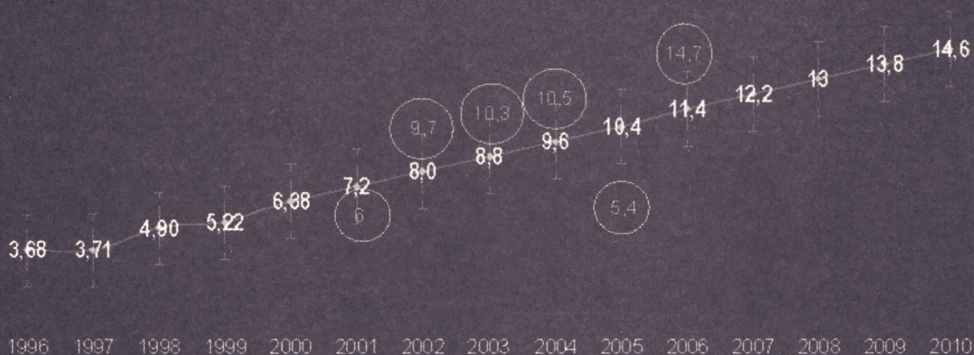


INCIDENCA

MALIGNI TUMORI JAJNIKA SE JAVLJAJU SA RAZLIČITOM
UČESTALOŠĆU U RAZLIČITIM PODNEBLJIMA

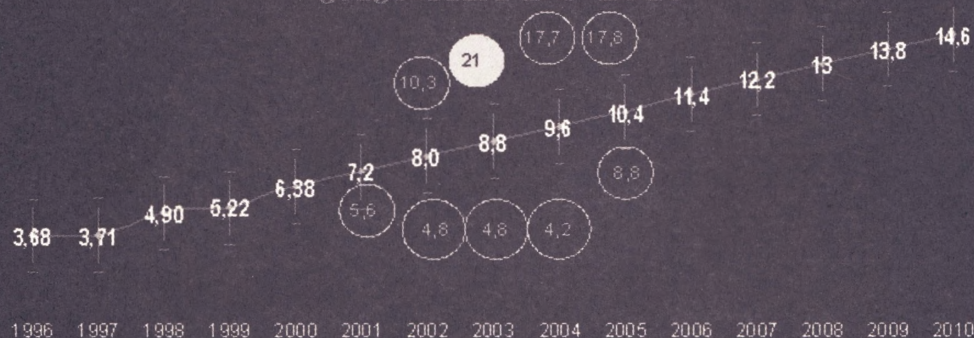
ZEMLJA	Incidenca na 100.000	Stopa smrtnosti na 100.000	ZEMLJE BIVŠE SRPJ	Incidenca na 100.000	Stopa smrtnosti na 100.000	
Švedska	14.9	12.9	Slovenija	18	11,76	
Hrvatska	14.2	9.5		Hrvatska	17	4.5
USA (bijelkinje)	13.3	7.3		Vojvodina	12	7,9-8,6
Izrael	12.7	-		Srbija (centralna)	9,1-11,1	5,5 - 6
Njemačka	11.5-11.8	11.0	Kosovo	1,4-2	0,7 – 0,8	
Velika Britanija	11.1	9.1				
Švicarska	10.6	-				
Finska	7.9	-				
Brazil	6.1	-				
Indija	4.6	-				
Japan	2.7	2.1				
Holandija	12.1	-				

PROJEKCIJA MALIGNIH TUMORA JAJNIKA DO 2010



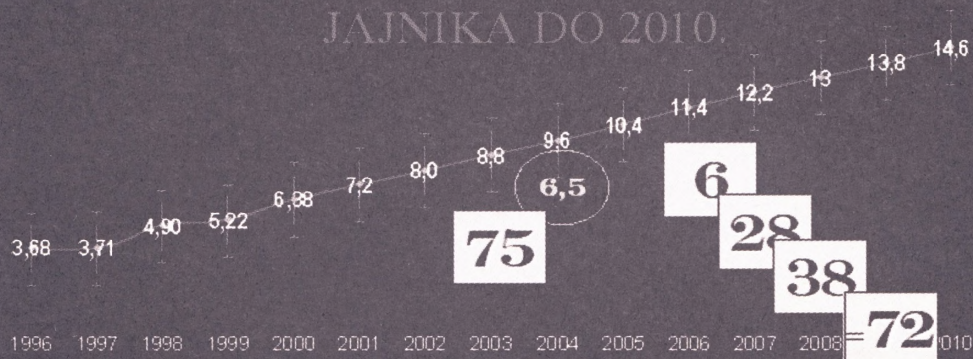
PREMA REZULTATIMA KRETANJA INCIDENCE ZA PERIOD 1996.-2000. MOŽE SE PROJICIRATI INCIDENCA U 10- TO GODIŠNJEM PERIODU PRI ČEMU JE EVIDENTNO DA ĆE SE BROJ OBOLJELIH POVEĆAVATI ŠTO ĆE NA KRAJU PROJEKTOVANOG PERIODA REZULTIRATI STOPOM SPECIFIČNOG MORBIDITETA OD 14,6/100.000 ŽENA

PROJEKCIJA MALIGNIH TUMORA JAJNIKA DO 2010



PREMA PODACIMA GINEKOLOŠKO PORODAJNOG ODJELJENJA KANTONALNE BOLNICE U BIHAĆU U PERIODU 2001- 2005 STOPA SPECIFIČNOG MORBIDITETA SE KREĆE OD 4,2-8,8 /100.000

PROJEKCIJA MALIGNIH TUMORA JAJNIKA DO 2010.



PREMA PODACIMA ZA FEDERACIJU U 2004.g
DIJAGNOSTIKOVANO JE I LIJEČENO 75 MALIGNIH
TUMORA JAJNIKA ŠTO BI DALO SPECIFIČNU STOPU
MORBIDITETA OD 6,5/ 100.000 ŽENA



ŽIVOTNA DOB

NAJVEĆI BROJ ISPITANICA SU
STARIJE OD 40 GODINA (86%)

158 ILI 58%, JE U ŽIVOTNOJ
DOBI 41-60 GODINA

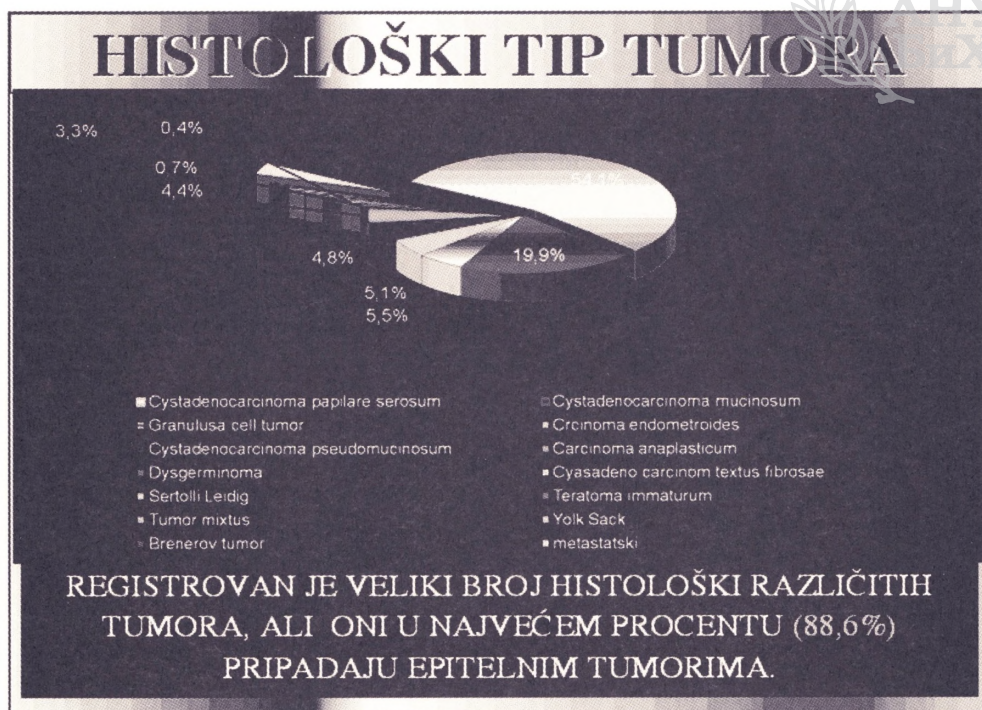
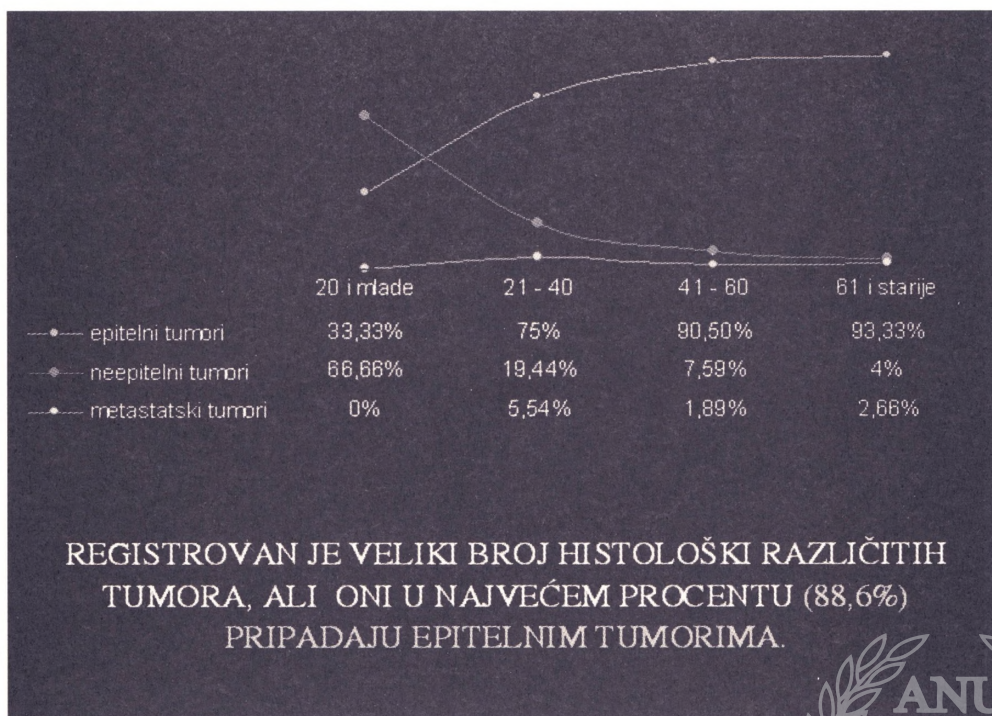
NAJMLAĐA PACIJENTICA IMA 16,
A NAJSTARIJA 91 GODINU

PROSJEČNA STAROST
JE 51,2 GODINE

STAROSNA STRUKTURA

- 20 i mlađe
- 21 - 40
- 41 - 60
- 61 i starije





HISTOLOŠKI TIP TUMORA

I PREMA PODACIMA IZ LITERATURE, NAJČEŠĆI TIP OVARIJSKOG MALIGNOG TUMORA JESTE EPITELNI KARCINOM KOJI SE SREĆE U 75-90% SVIH MALIGNIH TUMORA JAJNIKA (STANKOVIĆ, 1999), A PO NEKIMA, U ČAK 95% TUMORA (DISAIA 1997)

NAJČEŠĆE EVIDENTIRAN SEROZNI KARCINOM (147 ; 54%), MUCINOZNI (54 ; 19,85%) PSEUDOMUCINOZNI (13; 4,77%) ENDOMETRIJDNI (14; 5,14%) A ANAPLASTIČNI KOD 12 ; 4,41%.

POSTOJI VISOK STEPEN KORELACIJE SA PODACIMA KOJE NALAZIMO U LITERATURI (YANCIK,1993;STANKOVIĆ,1999; DISAIA, 1997).

HISTOLOŠKI TIP TUMORA

PREMA PODACIMA IZ LITERATURE STROMALNI ILI MEZENHIMALNI TUMORI JAJNIKA ČINE DO 10% SVIH OVARIJSKIH MALIGNIH TUMORA. ONI OBUHVATAJU ONE NEOPLAZME STROME JAJNIKA KOJE SADRŽE STANICE GRANULOZE, TEKE SERTOLI LEYDIG (DiSaia)

GRANULOSA CELL TUMORI ČINE 5,51% TUMORA KOD ISPITANICA DOK TUMORI SERTOLI-LEYDIGOVIH STANICA ČINI 0,36%, ŠTO ZAJEDNO PREDSTAVLJA BLIZU 6% SVIH MALIGNOMA JAJNIKA KOD ISPITANICA. DRUGI HISTOLOŠKI TIPOVI STROMALNIH TUMORA NISU EVIDENTIRANI.



ETIOLOŠKI TIP TUMORA

TUMORI GERMINATIVNOG
EPITELA JAVLJAJU SE SA
UČEŠĆEM OD 2% U
MALIGNIM TUMORIMA
JAJNIKA, A MEĐU NJIMA SU
NAJČEŠĆI DYSGERMINOMI
KOJI ČINE 40% SVIH
TUMORA
GERMINATIVNOG EPITELA
(STANKOVIĆ, 1999).

TUMORI GERMINATIVNOG
EPITELA ČINE 1,47% SVIH
TUMORA KOD ISPITANICA:
DYSGERMINOMI 50% (2)
JUVENILNI TERATOM 25%(1)
YOLK SACK 25% (1)
DOBIJENI REZULTATI IMAJU
VISOK STEPEN KORELACIJE
SA PODACIMA IZ
LITERATURE

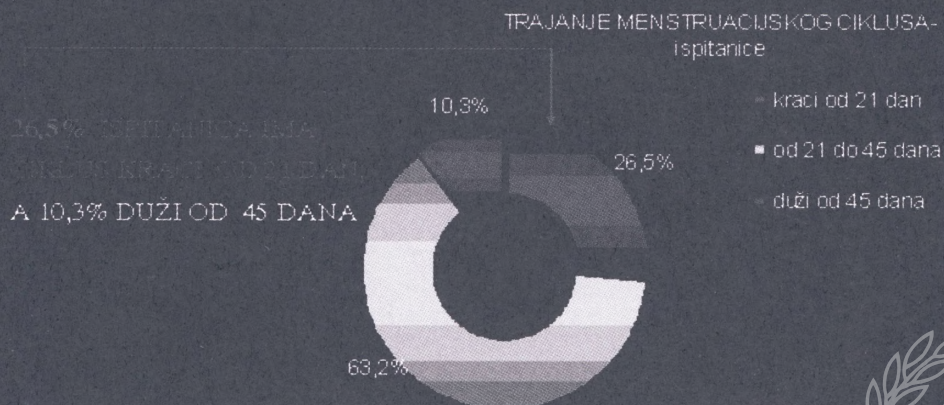
MENSTRUALNI CIKLUS I PARITET

POSEBAN ZNAČAJ SE DAJE ČESTIM OVULACIJAMA KAO
FAKTORU KOJI DESTABILIZUJE EPITEL JAJNIKA,
NASUPROT "MIROVANJU" JAJNIKA U TRUDNOĆI
I KOD UPOTREBE HORMONSKE KONTRACEPCIJE

(GODWIN, 1992; HARTGE, 1988; COLDITZ, 1987;
FATHALLA, 1971; CASAGRANDE, 1979; ROSENBERG, 1982;
JORDAN, 2005; SISKIND, 2000; TITUS-ERNSTOFF, 2001)

MENSTRUACIJSKI CIKLUS – DUŽINA CIKLUSA

KOD 63,2 % ISPITANICA MENSTRUALNI
CIKLUS TRAJE 21-45 DANA SA
PROSJEČNOM DUŽINOM
29,5 DANA



MENSTRUALNI CIKLUS – MENARHA

KOD 44% ISPITANICA MENARHA JE NASTUPILA SA 14 I VIŠE GODINA, KOD
32,61% u 13. GODINI, A KOD 11 % ISPITANICA, PRIJE DVANAESTE GODINE.
PROSJEČNA DOB NASTUPANJA MENARHE JE 13,7 $\pm$ 1,4 g



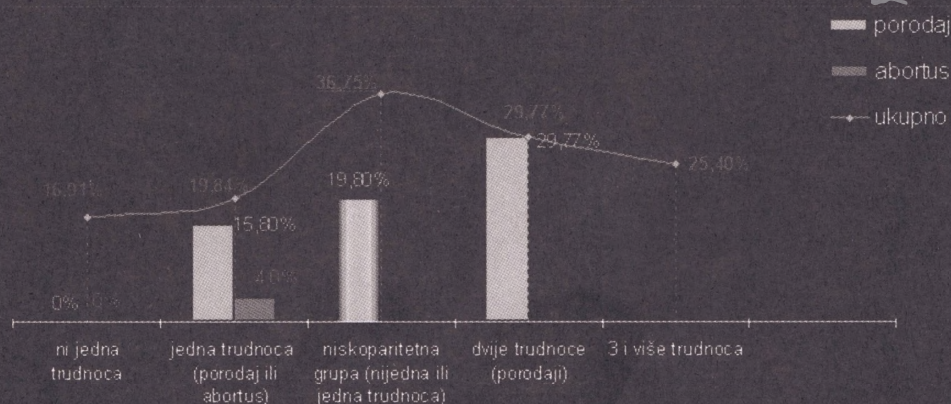
STUDENTOVIM T- TESTOM TESTIRANO JE POSTOJI LI STATISTIČKI ZNAČAJNA
RAZLIKA SREDNJE DOBI NASTUPANJA MENARHE U GRUPI ISPITANICA I U
KONTROLNOJ GRUPI TE PREMA REZULTATIMA RANIJIH ISTRAŽIVANJA.
NIJE NAĐENA STATISTIČKI ZNAČAJNA RAZLIKA ($t=0,18$ P 0,86).

MENSTRUALNI CIKLUS - MENOPAUAZA



MENOPAUAZA JE NASTUPILA, U NAJVEĆEM BROJU SLUČAJEVA (53,67%), U DOBI 50 – 55 GODINA. KOD 6,61% ISPITANICA MENOPAUAZA JE NASTUPILA NAKON 55. GOD, DOK JE KOD 39,7% NASTUPILA PRIJE 50 GODINA NEMA STATISTIČKI ZNAČAJNE RAZLIKE U ODNOSU NA REZULTATE DOBIJENE U KONTROLNOJ GRUPI

PARITET



EVIDENTIRANO JE 46 ILI 16,9% PACIJENTICA BEZ JEDNE TRUDNOĆE. 4% JE IMALO JEDNU TRUDNOĆU ZAVRŠENU POBAČAJEM. JEDAN PORODAJ JE IMALO 43 ILI 15,8% ISPITANICA. OVE PACIJENTICE ČINE NISKO PARITETNU GRUPU KOJA UČEŠĆEM OD 36,75% ČINI NAJBROJNIJU PARITETNU GRUPU.

PARITET

DOBIJENI REZULTATI POKAZUJU VISOK STEPEN KORELACIJE SA ONIMA IZ LITERAURE

NULIPARITET I NISKI PARITET SU U VEZI SA POVEĆANIM RIZIKOM OD
RAKA JAJNIKA DOK MULTIPARITET SMANJUJE RIZIK NASTANKA RAKA
ZA 30-70% U ODNOSU NA NULIPARITET (MOSGAARD ET ALL, 1997).

OBJAŠNJENJE JE U SMANJENOM BROJU OVULACIJA TE MANJOJ
PROVOKACIJI JAJNIKA ZA POVEĆANOM ČELIJSKOM AKTIVNOŠĆU,
MIROVANJEM JAJNIKA U TRUDNOĆI I POŠTEDOM EPITELA JAJNIKA OD
STRANE BURNIH PROCESA CIKLUSA I OVULACIJE (FATHALA, 1971
CASAGRANDE, 1979; GODWIN, 1992;; TITUS-ERNSTOFF, 2001;
WHEELER, 2001; HANKINSON, 1995; MODUGNO, 2001; JORDAN 2005).

ONKOLOŠKA ANAMNEZA- GENETSKA PREDISPOZICIJA

POSTOJANJE
MALIGNIH BOLESTI
JAJNIKA
DOJKE
DEBELOG CRIJEVA
PROSTATE
UNUTAR UŽEG
KRUGA
PORODICE NAVODI
5 ILI 1,83%.

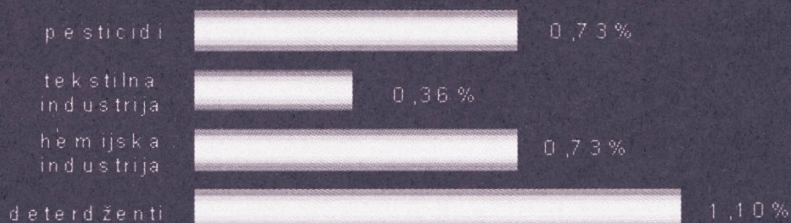
U NORVEŠKOJ JE OVA VEZA NAĐENA
KOD 3% PORODICA
(DORUM I SAR., 1999)

RADI POREĐENJA TREBA
SPOMENUTU DA JE RIZIK ZA
NASTANAK RAKA JAJNIKA U TOKU
ŽIVOTA SAD-U 1.4%, A DA JE RIZIK
KOD POSTOJANJA JEDNOG ČLANA
PORODICE U PRVOM KOLJENU SA
OVARIJSKIM KARCINOMOM VEĆ 5%,
SA DVA ČLANA PORODICE 7%
(DISAIA, 1995; PIVER, 1996).



ŽIVOTNA SREDINA

IZLOŽENOST POJEDINIM ŠTETNIM HEMIJSKIM AGENSIMA



U ISPITIVANOJ GRUPI SE NALAZI Približno 3% (3) A U KONTROLNOJ 2,5% (5) PACIJENTICA IZLOŽENIH HEMIJSKIM AGENSIMA KOJE SU POZNATI RIZIKOFAKTORI. U TOM SMISLU POTREBNO JE POSEBNO NAGLASITI STRES KOJEM SU ŽENE BOSNE I HERCEGOVINE BILE IZLOŽENE U RATNOM I PORATNOM PERIODU.



DIJAGNOSTIČKE METODE

DJAGNOSTIKA OVARIJALNOG MALIGNOG TUMORA JE ZAPOČINJALA ISCRPNIM UZIMANJEM ANAMNESTIČKIH PODATAKA I GINEKOLOŠKOGIM BIMANUELNIM PREGLEDOM, A ZAVRŠAVALA HISTOLOŠKOM POTVRDOM TUMORA I ODREĐIVANJEM STADIJUMA BOLESTI.

PRIMJENJIVANE DIJAGNOSTIČKE METODE

NAZIV DIJAGNOSTIČKE METODE	ISPITANICE	%
Ginekološki pregled	272	100%
Laboratorijske analize	272	100%
Radiloške pretrage	257	94,5%
Crno bijeli 2D ultrazvučni pregled	251	92,3%
Citološke analize puntata i aspirata	98	36%
Serumski nivo tumorskih markera	54	19,4%
Color Doppler Ultrazvučni pregled	37	13,7%
Nuklearna magnetna rezonanca	0	0%
Limfografija	0	0%

ANALIZA DOBIJENIH REZULTATA UKAZUJE DA SU SVE PACIJENTICE BEZ OBZIRA NA STADIJUM OBOLJENJA I BEZ OBZIRA NA POSTOJANJE RIZIKOFAKTORA PRODVGRNUTE ISTOM DIJAGNOSTIČKOM POSTUPKU

EFIKASNOST PRIMJENJENIH METODA

	STADIJUM BOLESTI					
VRSTA PREGLEDA	Borde dine	I	II	III	IV	Meta statski
anamenza i bimanuelni pregled	0 (0%)	4 (12,1%)	8 (11,9%)	33 (34,7%)	45 (68,1%)	1 (11,1%)
Ultrazvučni pregled	0 (0%)	3 (9,09%)	8 (11,9%)	16 (16,8%)	9 (13,6%)	2 (22,2%)
kolor Doppler Ultrazvučni pregled	0 (0%)	3 (9,09%)	7 (10,4%)	8 (8,4%)	2 (3%)	0 (0%)
tumorski markeri	0 (0%)	1 (3%)	8 (11,9%)	10 (10,5%)	3 (4,5%)	0 (0%)
Radiološke pretrag	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (6,06)	5 (55,5%)
intraoperativni nalaz	0 (0%)	3 (9,09%)	14 (20,9%)	12 (12,6%)	0 (0%)	0 (0%)
citologija	0 (0%)	2 (6%)	7 (10,4%)	15 (15,8%)	3 (4,5%)	0 (0%)
ph nalaz	2 (100%)	17 (51,5%)	15 (22,4%)	1 (1,05%)	0 (0%)	1 (11,1%)
UKUPNO	2 (100%)	33 (100%)	67 (100%)	95 (100%)	66 (100%)	9 (100%)

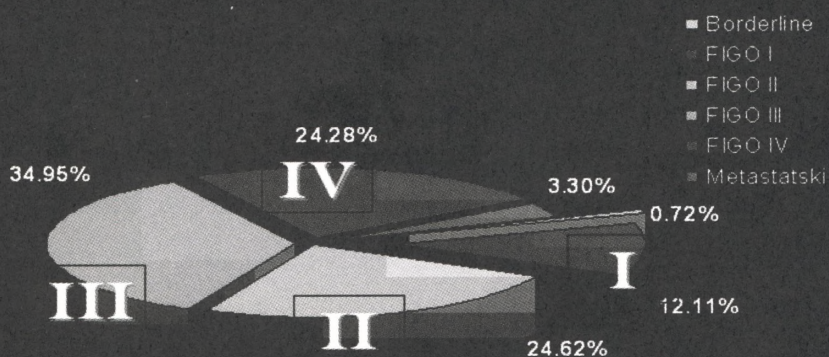
χ^2 TESTOM (2X5 TABELA) UTVRĐENO JE DA SE
 PROPORCIJE OTKRIVENIH TUMORA POJEDINIM
 METODAMA STATISTIČKI ZNAČAJNO
 RAZLIKUJU ($\chi^2 = 27.17$, $P < 0.0001$).

EHOSONOGRAFSKE PRETRAGE POKAZUJU ZNAČAJNO
 ČEŠĆU KORISNOST UPOTREBE U ODNOSU NA OSTALE
 METODE U RANIM STADIJUMIMA BOLESTI

I U LITERATRI NAILAZIMO NA SLIČNE PODATKE
 (KURJAK, 1995; GRANBERG, 1989)

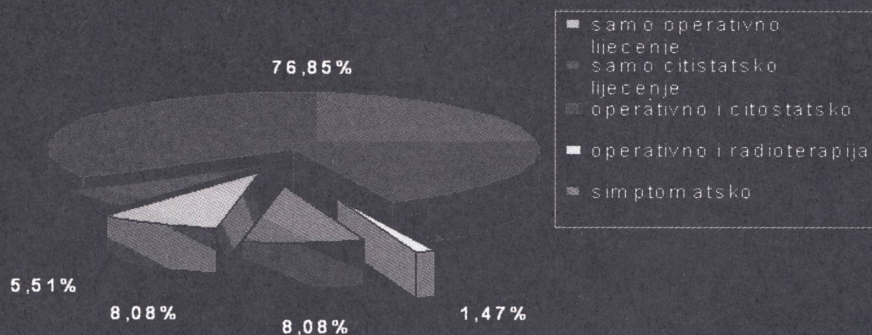


STADIJUM BOLESTI



MALIGNI TUMOR JAJNIKA JE OTKRIVAN NAJČEŠĆE U KASNIM
 STADIJUMIMA, SA UČESTALOŠĆU III I IV STADIJUMA OD OKO
 60% (161 PACIJENTICA),

TERAPIJSKI POSTUPAK

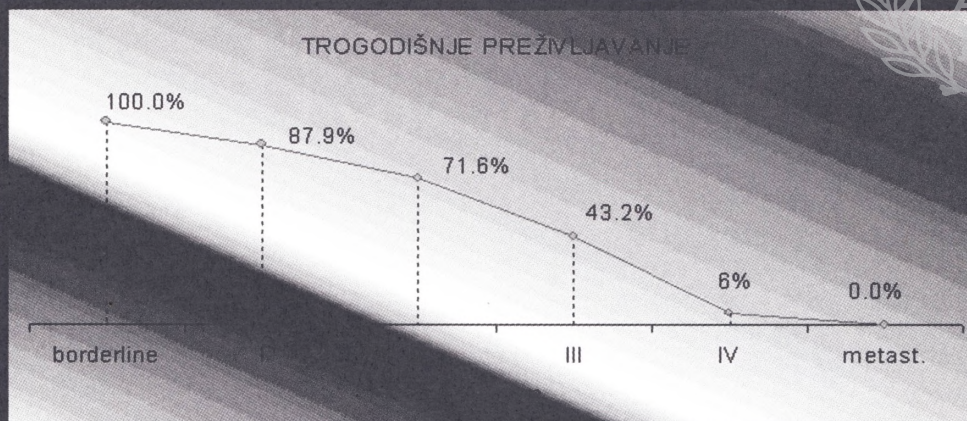


KOMBINOVANI OPERATIVNI I CITOSTATSKI TRETMAN PRIMJENJEN JE KOD 76,85% SPITANICA.

SAMO OPERATIVNO LIJEČENJE PRIMJENJENO JE U 8,08%, A SAMO CITOSTATSKO U 5,51% ISPITANICA.

OPERATIVNO LIJEČENJE SA RADIOTERAPIJOM PRIMJENJEN JE U 1,47% ISPITANICA.

TROGODIŠNJE PREŽIVLJAVANJE



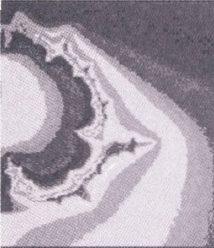
POSTOTAK UMRLIH MEĐU NOVOOTKRIVENIM MALIGNIM TUMORIMA JAJNIKA U PERIODU 1996.-2000. JE 17,1 - 22,9%.

PREMA REGISTRU ZA RAK TUZLANSKOG KANTONA 2001/2002, (FERKOVIĆ V, 2004) MEĐU NOVOOTKRIVENIM BOLESNICAMA JE 18,7% - 23,8% UMRLIH

ZAKLJUČCI

UČESTALOST I PROGNOZA

NA OSNOVU PODATAKA O NOVOOTKRIVENIM MALIGNIM
TUMORIMA JAJNIKA KOJI SU DOBIJENI OD
ZDRAVSTVENIH USTANOVA, DEMOGRAFSKIH PODATAKA
FEDERALNOG ZAVODA ZA STATISTIKU, TE PODATAKA
DOBIJENIH OD OPŠTINSKIH MATIČNIH UREDA,
INCIDENCA MALIGNIH TUMORA JAJNIKA ZA PERIOD
1996.- 2000. IZNOSI 3,7- 6,4 /100.000 ŽENA,
UZ POSTOTAK UMRLIH MEĐU NOVOOTKRIVENIM
TUMORIMA 17,1 – 22,9%



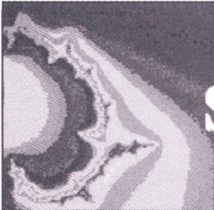
TROGODIŠNJE PREŽIVLJAVANJE

STADIJUM I 87,9 %

STADIJUM II 71,6%

STADIJUM III 43,2 %

STADIJUM IV 6%.



STADIJUM BOLESTI

BOLEST JE NAJČEŠĆE DIJAGNOSTIKOVANA U III STADIJUMU,
35% (95).

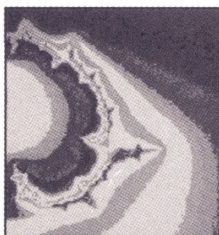
TADA JE BOLEST SVOJIM ZLOĆUDNIM TOKOM VEĆ
NAPREDOVALA I UZELA DANAK U KVALITETU ŽIVOTA, A
PROGRESIJOM SKRATILA ŽIVOTNI VIJEK BOLESNICE.
U STADIJUMU II JE OTKRIVENA U 25% (67) U STADIJUMU IV
24% (66) U I STADIJUMU 12%(33) BORDERLINE
TUMORI BILI SU DIJAGNOSTIKOVANI U 0,72%.





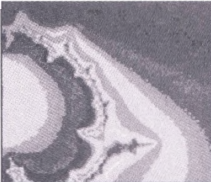
HISTOLOŠKI TIP TUMORA I ŽIVOTNA DOB

NAJČEŠĆI MALIGNI TUMOR JE EPITELNI KARCINOM
EVIDENTIRAN JE U 88,6% ISPITANICA U SVIM STAROSNIM
GRUPAMA, ALI NAJČEŠĆE U STROSNOJ GRUPI 40-60
GODINA STAROSTI
SA PROSJEČNOM ŽIVOTNOM DOBI 54,2g .



DIJAGNOZA

NAJČEŠĆE PRIMJENIVANI DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI JESU
GINEKOLOŠKI PREGLED I TRANSVAGINALANA
SONOGRAFIJA CRNOBIJELIM 2D APARATOM
TRANSVAGINALNI COLOR DOPPLER, IAKO NAJPOUZDANIJA
DIJAGNOSTIČKA METODA, U PERIODU 1996. - 2000. NIJE
IMALA ŠIRU PRIMJENU.



NA PRECIZNOST DOBIJENIH REZULTATA UTIČU SLJEDEĆE ČINJENICE:

A) NE POSTOJE ZVANIČNI PRECIZNI PODATCI O
DEMOGRAFSKIM KRETANJIMA UKLJUČUJUĆI I PODATKE
O POLNOJ I STAROSNOJ STRUKTURI STANOVNIŠTVA

DA BI SE POSTIGLO DUŽE PREŽIVLJAVANJE I
POBOLJŠAO KVALITET ŽIVOTA OBOLJELIH, NEOPHODNO JE
POSTIĆI VIŠI STEPEN OTKRIVANJA RANIH STADIJUMA
BOLESTI. U TOM CILJU SE PREDLAŽE :

1. OSNIVANJE FEDARALNOG, ALI I JEDINSTVENOG DRŽAVNOG
REGISTRA ZA RAK.
2. POBOLJŠATI SADAŠNJI NAČIN PRAĆENJA I
IZVJEŠTAVANJA O DEMOGRAFSKIM PODACIMA.
3. UTVRDITI ALGORITAM, DIJAGNOSTIČKIH PROCEDURA PREMA
RIZIČNIM GRUPAMA, TERAPIJSKE PROTOKOLE ALI I ALGORITAM
PRAĆENJA I IZVJEŠTAVANJA.
4. IDENTIFIKOVATI CENTRE ZA DIJAGNOSTIKU LJEČENJE I PRAĆENJE
MALIGNIH TUMORA JAJNIKA

HVALA NA PAŽNJI



Premaligne i maligne promjene grlića materice
2002.-2007 na Ginekološko-akušerskom odjeljenju
Opće Bolnice "Prim. dr Abdulah Nakaš"

Gutić J, Nakaš N, Đurđević-Đulepa A

Analizu incidencije premalighnih i malignih promjena grlića materice u populaciji žena Sarajevskog Kantona trebali bi početi podacima o ukupnom broju žena koje pripadaju Kantonu Sarajevo prema posljednjem popisu stanovništva, odnosno dobnim skupinama kojima pripadaju, potom broju žena koje konkretno, za godinu dana zbrinjava svaka pa i ova institucija, te njihov raspored prema dobnim skupinama, a potom objektivno odrediti incidenciju premalighnih i malignih promjena prema dobnim skupinama žena i godinama pojavljivanja pomenutih promjena

Tačne podatke takve vrste mi nemamo kao vjerujem i većina institucija koja će danas iznijeti tražene podatke.

Ono što imamo to je organizovani svakodnevni rad unutar Odsjeka za kolposkopiju i citologiju gdje se svake godine, prema protokolu kolposkopskih pregleda evidentira 1000-1200 istih.

1130-1935 citoloških preparata (PAPA briseva) godišnje.

Pošto je na nivou primarne zdravstvene zaštite organizovani program probira u ovu instituciju dolaze pacijentice Sarajevskog Kantona koje ličnim izborom žele da budu kolposkopski i citološki obrađene, kao i žene drugih Kantona koje na žalost, kompletnu pomenutu uslugu participiraju.

Javljaju nam se pacijentice po preporuci ordinirajućih ginekologa iz primarne zdravstvene zaštite, zatim žene koje su zbog premalighnih i malignih oboljenja grlića materice liječene u ovoj ili drugim ustanovama na redovne kontrole.

Zbrinjavamo i žene starije od 65 godina, koje dolaze na lični zahjev, nisu obuhvaćene Screening programom, a smatramo ih značajnom populacijom zbog rizika godina i najčešće neredovitog ginekološkog pregleda.

Ono što unutar Odsjeka za kolposkopiju i citologiju možemo pružiti je dugogodišnje iskustvo većine zaposlenih ginekologa iz domena kolposkopije, najsavremeniji kolposkop, odličan kvalitet pregleda citoloških preparata. Ono što naročito ističemo specijalista patološke anatomije unutar Odsjeka za patologiju naše ustanove sa kojim smo ostvarili stručnu saradnju i razmjenu informacija na zavidnom nivou.

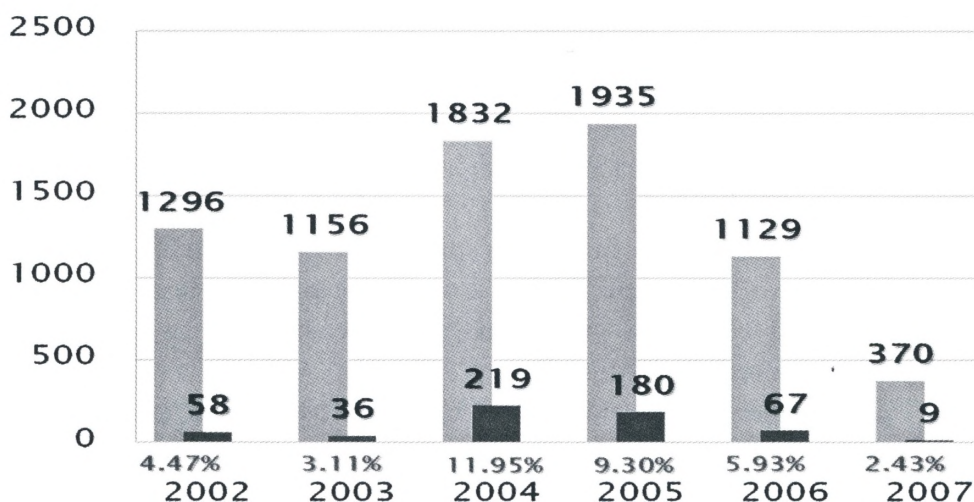
Mislim da je ovakav način rada rezultirao visokim stepenom citohistološke korelacije uzetih preparata, a što analiziramo kao redovnu praksu u svakodnevnom radu.

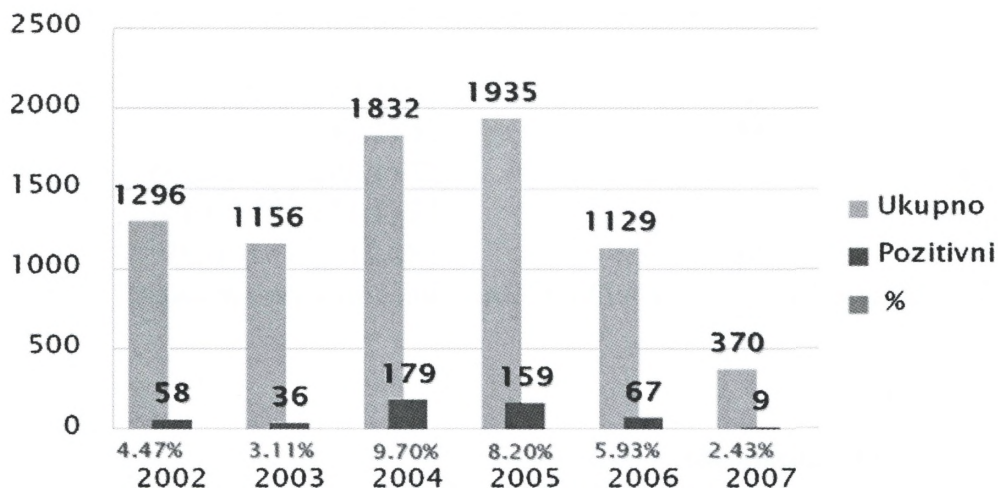
Citologija kao specifična grana dijagnostike nezaobilazna je i nezamjenjljiva u otkrivanju predstadija karcinoma grlića materice.

Godina Screening test (Pap) - 7718

	Ukupan broj N	Pozitivni nalazi N	Procenat
2002.	1296	58	4,47
2003.	1156	36	3,11
2004.	1832	219* (179)	11,95 (9,7)
2005.	1935	180* (159)	9,3 (8,2)
2006.	1129	67	5,93
2007.	370	9	2,43

Ukupan broj uzetih citoloških briseva (VCE)

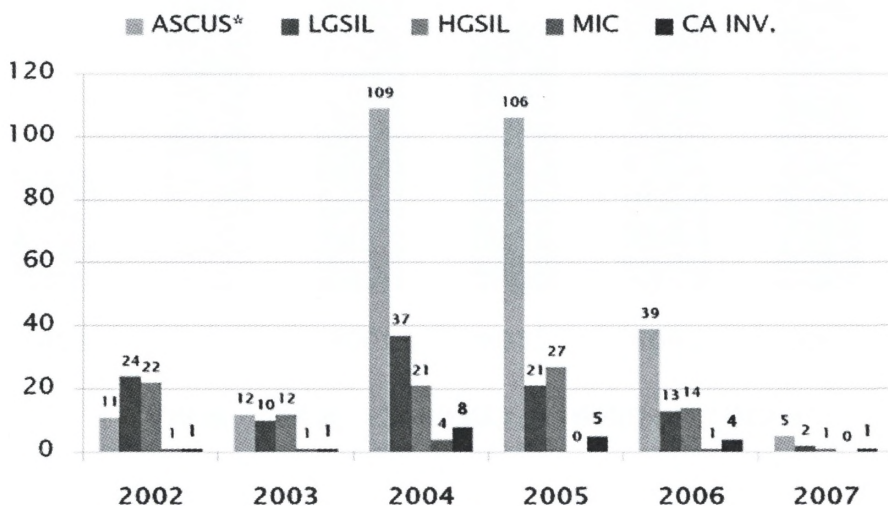




Godina Citološka klasifikacija

	ASCUS*	LGSIL	HGSIL	MIC	CA INV.
2002.	11	24	22	1	1*
2003.	12	10	12	1	1*
2004.	109	37	21	4	8 (6+2)*
2005.	106	21	27	-	5 (3+2)*
2006.	39	13	14	1	4 (2+2)*
2007.	5	2	1	-	1

Distribucija citoloških nalaza po Bethesda klasifikaciji posmatranog uzorka 7718



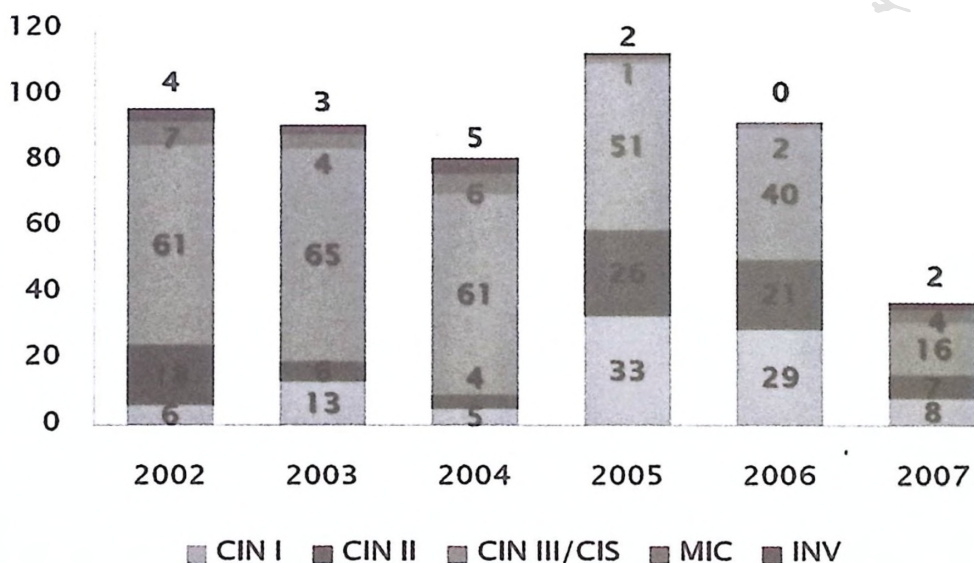
Godina	Ukupan broj PAP nalaza	HGSIL	MIC+INV.CA
2002.	1296	22 (1,69)	2 (0,15)
2003.	1156	12 (1,03)	2 (0,17)
2004.	1832	21 (1,14)	12 (0,65)
2005.	1935	27 (1,39)	5 (0,25)
2006.	1129	13 (1,15)	5 (0,44)
2007.	370	1 (0,2)	1 (0,2)

Distribucija HGSIL, MIC+INV.CA na citološkim preparatima

Godina PH dijagnoza - 512

	Broj	CIN I	CIN II	CIN III/CIS	MIC	INV. CA
2002.	96	6	18	61(41+20)	7	4
2003.	91	13	6	65 (44+21)	4	3
2004.	83	5	4	61 (35+26)	6	5
2005.	113	33	26	51 (30+21)	1	2
2006.	92	29	21	40 (25+15)	2	-
2007.	37	8	7	16 (14+2)	4	2

Histološka dijagnoza biopsija cerviksa (2002. – 2007.)



Prosječna dob pacijentica:

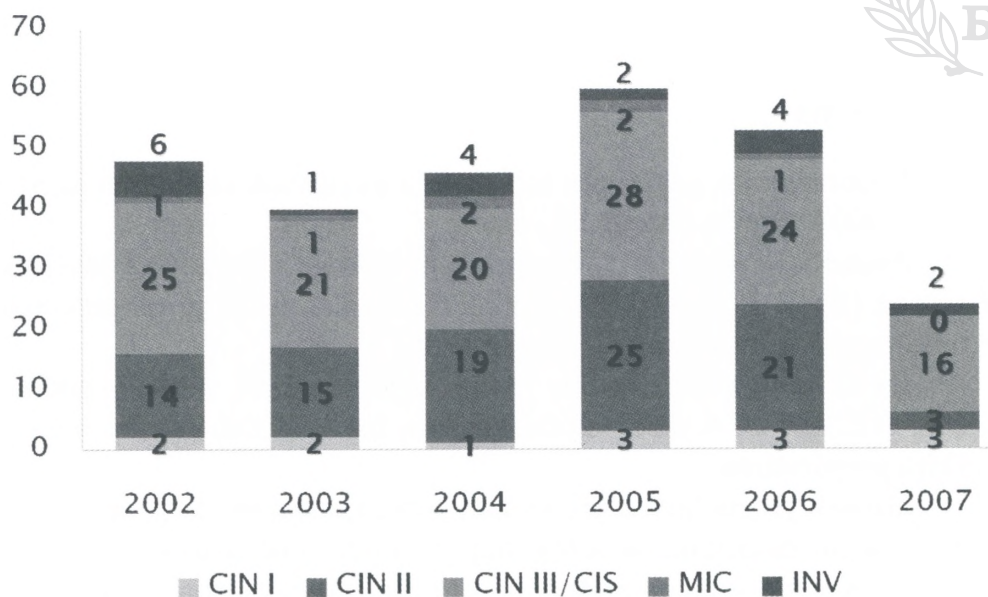
- CIN II - 25 – 35 godina
- CIN III/CIS – 35 – 39 godina
- MIC – 35 – 50 godina
- INV.CA – 44 - 80 godina

Konizacija je dio dijagnostičkog protokola u konačnoj procjeni stepena CIN-a ili početnog invazivnog karcinoma.

PH dijagnoza - 263

	Broj	CIN I	CIN II	CIN III/CIS	MIC	INV. CA
2002.	45	2	14	25 (15+10)	1	6
2003.	40	2	15	21 (17+4)	1	1
2004.	46	1	19	20 (16+4)	2	4
2005.	60	3	25	28 (19+9)	2	2
2006.	53	3	21	24 (20+4)	1	4
2007.	24	3	3	16 (9+7)	-	2

Histološki nalazi konizata cerviksa (2002. – 2007.)



GODINA	MIC + INV.CA	
	BROJ	PROCENAT
2002.	7	2,66
2003.	2	0,76
2004.	6	2,28
2005.	4	1,52
2006.	5	1,90
2007.	2	0,76

Distribucija MIC i INV.CA u konizatima PVU (263)

GODINA	BROJ	HISTOPATOLOŠKI NALAZ			
		MIC	Ia1	Ib1	AdenoCa gradus II
2002.	7	-	6	1	-
2003.	9	6	1	2	-
2004.	13	10	2	1	-
2005.	3	1	2	-	-
2006.	-	-	-	-	-
2007.	2	-	1	-	1
UKUPNO	34	17	12	4	1

Histopatološki nalazi INV.CA nakon histerektomije



Rezime

U obrađenom materijalu incidencija pozitivnih citoloških nalaza 2002. - 2007. godine iznosi 2,4 - 9,7%

Podaci Screening programa populacije žena Sarajevskog Kantona (1997. i 1998. godina) 35.235 uzoraka, ukazuju na procenat 3,69% pozitivnih nalaza

Incidencija HGSIL-a bila je 2002. godine 1,69, a 2007. godine 0,2%, MIC+INV.CA 0,65 - 2004. godine, 0,15 - 2002. godine u citološkim preparatima.

Uzorak je selektivan jer se radi o pacijenticama koje su sa već verifikiranim displazijama težeg stepena upućivane u ustanove tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, pa su i procenti izolacija težeg stepena na našem materijalu niži.

Uočen je veći broj abnormalnih citoloških nalaza i histološki potvrđenih CIN promjena u odnosu na INV.CA što je sigurno rezultat poboljšanog kvaliteta Screening-a proteklih godina na nivou primarne zdravstvene zaštite.

U histo-patološkim nalazima biopsije konizata cerviksa imali smo 34 nalaza MIC+INV.CA u ukupnom posmatranom periodu.

Imamo i podatke o incidenciji HPV infekcija žena Sarajevskog kantona Maj 1999. godine - decembar 2000. godine na uzorku od 240 pacijentica (doktorska disertacija), od čega je 89,5% izolata bilo u kategoriji HPV visokog onkogenog rizika.

Nastavili smo sa uzimanjem uzoraka za HPV tipizaciju kada smo imali kliničke i kolposkopske elemente za sumnju na prisutnu infekciju, po preporuci citologa, kod početnih displazija, te kao prognostički znak nakon tretmana CIN promjena. Ovo posljednje je i preporuka European Guidelines Luxemburg 2007. godine.

Kod pacijentica kod kojih smo kliničke, citološke i histo-patološke analize radili u našoj ustanovi utvrdili smo visok nivo korelacije što je potvrda stava o potrebi multidisciplinarnog pristupa (kvalitetna citologija, blizak kontakt sa patologom, psotojanje relevantnih informacija za jednog i drugog).

Ono što je naš problem a mislim i drugih ustanova sličnog tipa je deficitarni segment citologije – da li to treba biti dobro educiran ginekolog, klinički citolog, patolog, te redovna edukacija iz područja kolposkopije u smislu rane dijagnoze i prevencije premalignih promjena cerviksa.

Rekonizacija smo u pomenutom periodu imali ukupno 5 (1,09%), a najranija rađena je 6 nedjelja nakon konizacije. U Srbiji u jednoj studiji na 890 pacijentica 21%, u Sloveniji studija 1999-2004 - 5.6%.

Pozitivan nalaz na ivicama konizata zavisi od mnogo faktora a najznačajniji je tehnika konizacije. Kod klasične konizacije nožem koju smo i mi koristili on je niži od elektrokauterizacije i konizacije laserom.

Ono o čemu svi razmišljamo je pitanje: „Da li se prebrzo odlučujemo za hirurške metode tretmana, posebno CIN promjena nižeg gradusa?“ što potencira potrebu usvajanja protokola koji već postoje i potvrdili su svoju opravdanost u zemljama okruženja.

Na kraju u svrhu sveobuhvatnog pristupa preventivnim aktivnostima u tretmanu cervikalne patologije trebalo bi razmišljati i o

uvodenju vodiča za osiguranje kvaliteta i kontrole procedura citološke obrade, certificiranje laboratorija za identifikaciju HPV te uvođenja standarda kvaliteta liječenja CIN promjena.



Rezultati PA briseva od 1998-2006. godine u JU Dom zdravlja Zenica - odjel za zdravstvenu zaštitu žena

Handanagić Kavaz dr Amira

Statistički podaci o broju uzetih PA briseva i rezultata citoloških pregleda koji su urađeni u JU Dom zdravlja Zenica - odjel za zdravstvenu zaštitu žena.

Podaci obuhvataju period od 1998 do 2006 te godine.

Godina	1998		1999		2000		2001	
	broj	%	broj	%	broj	%	Broj	%
Ukupno uzetih	5440		5598		5526		4918	
CIN I	1931	35,5	1000	17,86	832	19,34	667	13,56
CIN II	20	0,30	623	11,12	223	0,55	150	3,05
CIN III	26	0,46	81	1,44	67	0,13	70	1,42
Ponovljeni	164	3,0	103	1,83			72	1,46
Negativni nalazi	3299	60,63	3775	67,49	3958	71,52	3899	80,4

Godina	2002		2003		2004		2005		2006	
	broj	%	broj	%	broj	%	broj	%	broj	%
Ukupno uzetih	5036		5147		5147		5511		5753	
CIN I	637	12,64	588	11,42	707	13,63	880	16	993	17,25
CIN II	145	2,86	126	2,44	213	4,1	264	4,8	321	5,57
CIN III	86	1,7	86	1,67	68	1,4	87	1,5	94	1,63
Ponovljeni	70	1,4	70	1,36	42	0,8	64	1,1	74	1,28
Negativni nalazi	4097	81,35	4277	82,68	4154	80	4216	76,4	4271	74

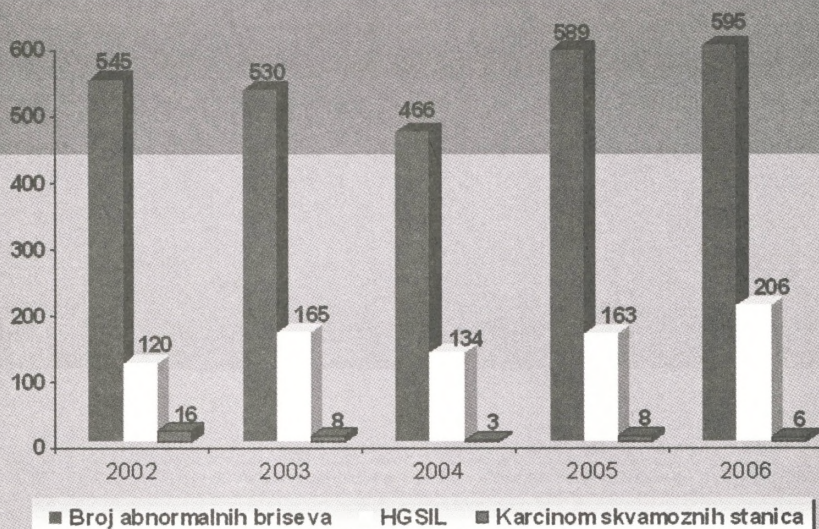
Nažalost pouzdan podatak o odnosu citološke i patohistološke klasifikacije nalaza nismo mogli izraditi, jer sve operisane pacijentice ne donesu PH nalaz na uvid.

Petogodišnji retrospektivni pregled (2002.-2006.)

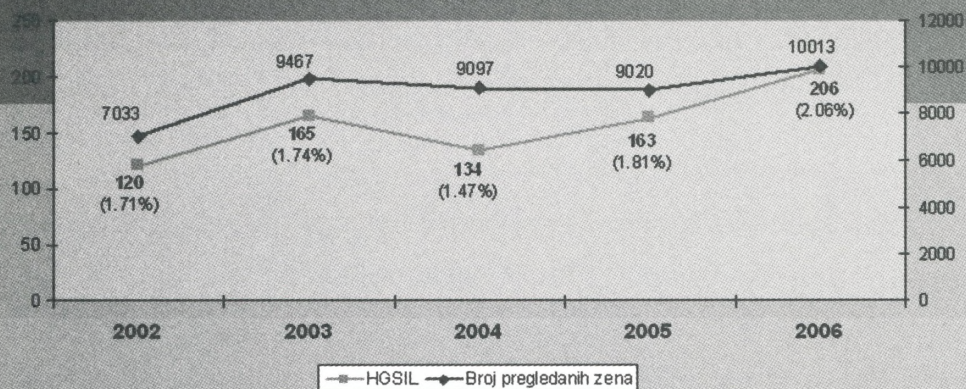
abnormalnih PAPA briseva i patohistoloških nalaza u ZZZZ žena i materinstva u Kantonu Sarajevo

A. Tomić - Cica, M. Kurtović, N. Novčić

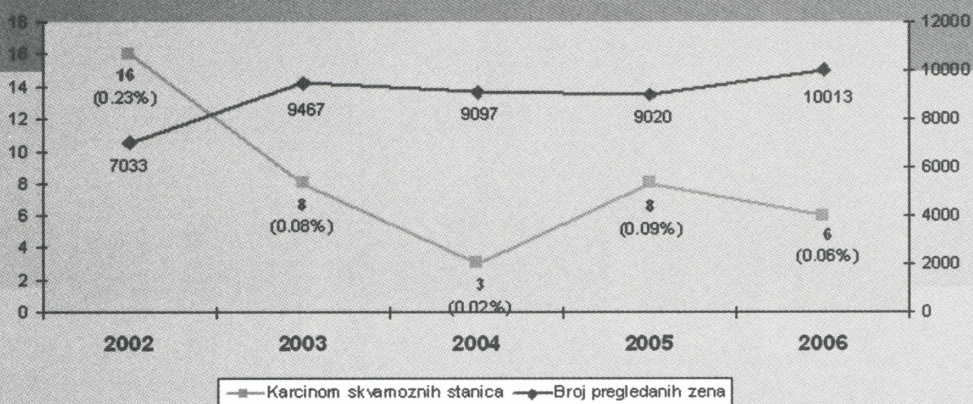
Ukupan broj abnormalnih PAPA nalaza
2002 - 2006



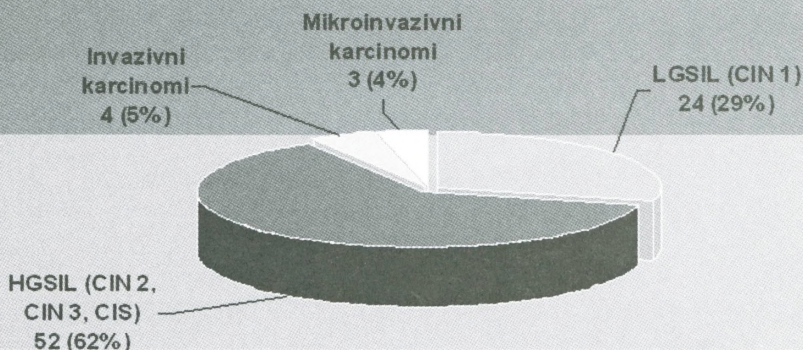
Udio HGSIL nalaza u odnosu na ukupan broj pregledanih žena 2002 - 2006



Udio karcinoma u odnosu na ukupan broj pregledanih žena 2002 - 2006



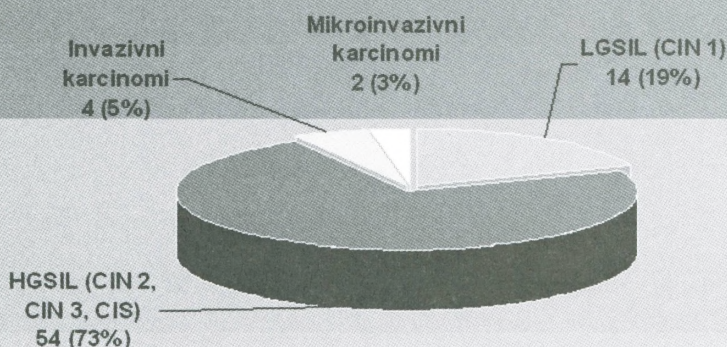
Pregled abnormalnih PH nalaza u 2002. godini



Ukupno uzeto 108 uzoraka za PH analizu ("punch" biopsije i abradati CK-a). Od toga, 10 nalaza nismo dobili (vjerovatno pacijentice same uzele nalaz), a 15 nalaza je bilo sa dijagnozama leukoparakeratoze, akantoze, hiperkeratoze, kondiloma, koilocitoze, cervicitisa, metaplazije ili hiperplazije

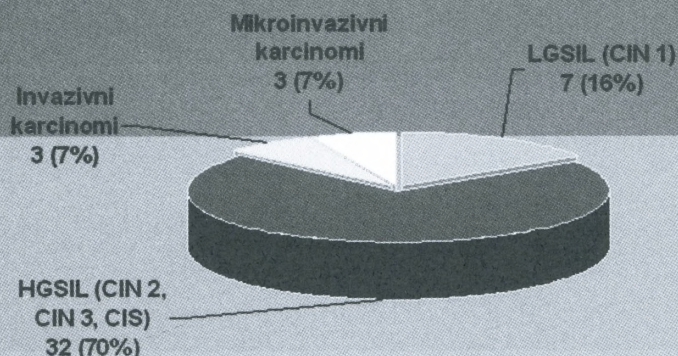


Pregled abnormalnih PH nalaza u 2003. godini



Ukupno uzeto 97 uzoraka za PH analizu ("punch" biopsije i abradati CK-a). Od toga, 9 nalaza nismo dobili (vjerovatno pacijentice same uzele nalaz), a 14 nalaza je bilo sa dijagnozama leukoparakeratoze, kondiloma, koilocitoze, cervicitisa, metaplazije ili hiperplazije.

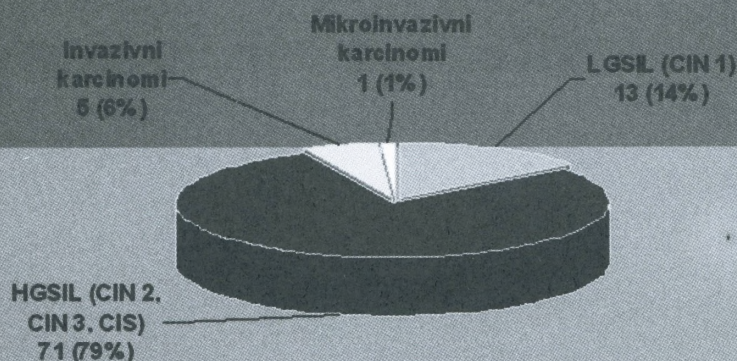
Pregled abnormalnih PH nalaza u 2004. godini



Ukupno uzet 61 uzorak za PH analizu ("punch" biopsije i abradati CK-a).

Od toga, 9 nalaza nismo dobili (vjerovatno pacijentice same uzele nalaz), a 7 nalaza je bilo sa dijagnozama leukoparakeratoze, kondiloma, koilocitoze, cervicitisa, metaplazije ili hiperplazije.

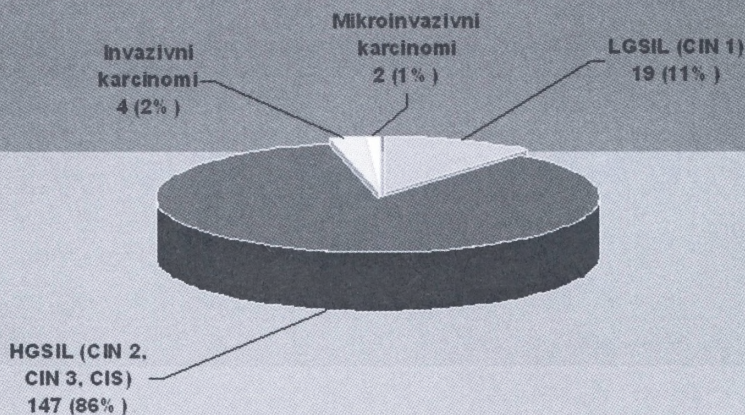
Pregled abnormalnih PH nalaza u 2005. godini



Ukupno uzet 103 uzorak za PH analizu ("punch" biopsije i abradati CK-a).

Od toga, 11 nalaza je bilo sa dijagnozama leukoparakeratoze, kondiloma, koilocitoze, cervicitisa, metaplazije ili hiperplazije, a 2 nalaza su pokazala prisustvo displazije, ali se zbog oskudnosti materijala nije mogao odrediti stepen iste.

Pregled abnormalnih PH nalaza u 2006. godini



Ukupno uzeto 201 uzorak za PH analizu ("punch" biopsije i abradati CK-a). Od toga, 15 nalaza je bilo sa dijagnozama leukoparakeratoze, kondiloma, koilocitoze, cervicitisa, metaplazije ili hiperplazije, 2 nalaza su pokazala prisustvo displazije, ali se zbog oskudnosti materijala nije mogao odrediti stepen iste, a 12 nalaza nedostaje (vjerovatno pacijentice same uzele nalaz)

Pregled abnormalnih PH nalaza u odnosu na broj ukupno uzetih PAPA briseva u periodu od 5 godina (2002. – 2006.)

	Broj	%
LGSIL	77	0.173%
HGSIL	356	0.798%
Invazivni karcinomi	20	0.045%
Mikroinvazivni karcinomi	11	0.025%
Broj uzetih PAPA briseva	44630	

**Pregled abnormalnih PH nalaza u odnosu na broj
ukupno uzetih PAPA briseva u periodu od 5
godina (2002. – 2006.)**

	Broj	%
LGSIL	77	13.51%
HGSIL	356	62.46%
Invazivni karcinomi	20	3.51%
Mikroinvazivni karcinomi	11	1.93%
Ukupan broj uzetih uzoraka za PH analizu	570	100.00%





HRVATSKA BOLNICA
DR FRA MATO NIKOLIĆ - NOVA BILA
GINEKOLOŠKO-POROĐAJNI ODJEL

INCIDENCA GINEKOLOŠKOG KARCINOMA U HRVATSKOJ BOLNICI "DR FRA MATO NIKOLIĆ" NOVA BILA U PERIODU OD 2001. DO 2006. GODINE

GYNAECOLOGICAL CARCINOMA INCIDENCE IN CROATIAN HOSPITAL "DR FRA MATO NIKOLIĆ" NOVA BILA FROM 2001 TO 2006. YEAR'S

Dr Ljiljana Bilobrk-Josipović, dr Julijana Laštro

Ključne riječi: prevencija, probir, incidenca ginekološkog karcinoma
Stručni članak



Sažetak: Prevencija i terapija ginekološkog karcinoma je uz korektno vođenje trudnoće i poroda jedan od prioriternih zadataka ginekologa. Na razini općih bolnica, u koju spada i naša bolnica, važno je pravovremeno dijagnosticirati i tretirati prekancerozna stanja i početne stupnjeve ginekološkog karcinoma. Tretman uznapredovalih karcinoma spada u zdravstvene ustanove tercijarnog stupnja. U ovom radu su prikazani patohistološki verifikirani karcinomi u našoj bolnici u šestogodišnjem razdoblju. Naš uzorak je suviše mali da bi se dobila generalna predodžba o učestalosti ginekološkog karcinoma u FBiH. Zbog toga bi trebalo objediniti podatke iz svih zdravstvenih ustanova koje se bave ovom djelatnošću da bi se dobio cjelovit uvid o incidenci ginekološkog karcinoma u našoj zemlji. Samo tako je moguće razviti adekvatnu strategiju za prevenciju i optimalan tretman ginekološkog karcinoma.

Key words: prevention, selection, gynaecological carcinoma incidence
Professional paper

Summary: Prevention and treatment of gynaecological carcinoma is one of the gynaecologist's prior tasks together with right monitoring of pregnancy and delivery. At the level of general hospitals like ours, early cancer diagnosis and treatment is important as well as treatment of beginning stages of cancer. For treatment of late stages of cancer are liable 3rd level health facilities. In this paper we have shown pathohistologically confirmed cancers in occurrence of gynaecological carcinoma in B&H. That is why all the data from all health facilities dealing with this should be put together in order to get the complete picture of gynaecological carcinoma occurrence in our country. In that case only, it will be possible to make an adequate strategy for prevention and right treatment of gynaecological carcinoma.

Uvod

Najčešće lokacije karcinoma u ženskoj populaciji u svijetu su: 1. dojka; 2. vrat maternice; 3. debelo crijevo; 4. pluća; 5. želudac; 6. tijelo maternice. Kada se analizira samo ginekološki karcinom postoje razlike između razvijenih i nerazvijenih zemalja. U razvijenim zemljama je veća učestalost endometrijalnog od cervikalnog karcinoma, a u nerazvijenim zemljama je cervikalni karcinom na prvom mjestu¹. Razlog smanjenja broja cervikalnog karcinoma u razvijenim zemljama je rani probir citološkom dijagnostikom i kolposkopijom i adekvatna terapija. Pretpostavljeni uzrok povećanja endometrijalnog karcinoma je sve duži životni vijek i HNL. Ginekološki organi spadaju u one organe bez kojih je «moguće živjeti» posebno kada žena završi reproduktivnu fazu života. Zbog toga je bitno primjenjivati dostupne dijagnostičke postupke za rano otkrivanje ginekološkog karcinoma i prekanceroznih promjena. Mogućnosti probira su uvjetovane stupnjem opremljenosti zdravstvene ustanove i nivoom educiranosti ginekologa². Dijagnostički postupci koji se primjenju u našoj bolnici su:

I Skrinig metode: 1. inspekcija; 2. palpacija; 3. kolposkopija; 3. ultrazvuk; 4. radiološke pretrage.

II Citološka dijagnostika.: 1. papa nalaz; 2. exfolijativna citologija vagine i vulve; 3. uterobrush (rijetko).

III Histološka dijagnostika koju možemo podijeliti na manje invazivne zahvate i opsežne invazivno-operativne zahvate. Manje

invazivni zahvati su: 1. dijagnostička kiretaža; 2. ekskohleacija cervikalnog kanala; 3. polipektomija; 4. punch biopsija³. Opsežni invazivno-operativni zahvati su: 1. konizacija; 2. laparotomija (cistektomija, adneksektomija, histerektomija).

IV Biokemijski probir: 1. TM markeri (CA 125, CA 19-9, CA 15-3).

V Virusološka dijagnostika: 1. cervikalni brisevi na HPV 16.

Cilj rada

Cilj našeg rada je prezentacija svih patohistološki verificiranih kliničkih karcinoma u šestogodišnjem razdoblju. S obzirom da u Federaciji BiH postoje samo dvije županije koje redovito prijavljuju novootkrivene karcinome nadamo se da ćemo dati svoj doprinos u korektnoj evaluaciji stvarnog stanja u ovoj oblasti. Naša bolnica sve novootkrivene ginekološke karcinome prijavljuje na obrascu pod nazivom *Prijava obojelih - umrlih od maligne neoplazme* koji se dostavlja Županijskom zavodu za statistiku. Sa prijavljivanjem smo počeli tek 2004. godine.

Ispitanice i metode

U ovom radu su obrađene 722 žene a histološki je verificirano 69 ginekoloških karcinoma. Žene su podijeljene po reproduktivnoj dobi života. Korištene su povijesti bolesti HB "Dr. fra Mato Nikolić" i patohistološki nalazi Instituta za patohistologiju Sarajevo. Baza podataka je napravljena u Excelu. Dijagnostičko-operativni postupci koje smo koristili su: biopsije, manje invazivni dijagnostički postupci i operacije. Primjenjivani manje invazivni dijagnostički postupci su: eksplorativne kiretaže kavuma uterusa, ekskohleacij cervikalnog kanala, polipektomije, punch biopsije grlića maternice- kolposkopski ciljane, punch biopsije rodnice i stidnice. Izvedeni operativni zahvati su: konizacija, cistektomija, adneksektomija, histerektomija sa ili bez adneksektomije, omentektomija.

Rezultati

U radu su obrađene 722 žene. Podijeljene su po reproduktivnoj dobi života na temelju godina starosti, anamnestičkih podataka i kliničke slike.

Žene po reproduktivskoj dobi života Women in reproductive stage of life

Tablica 1.

UKUPNO	ŽENE REPRODUKTIVNE DOBI	ŽENE U PERIMENOPAUZI	ŽENE U POSTMENOPAUZI
722	151	309	262

Prosječna životna dob obrađenih žena Average life expectancy of treated women

Tablica 2.

God.

UKUPNO	ŽENE REPRODUKTIVNE DOBI	ŽENE U PERIMENOPAUZI	ŽENE U POSTMENOPAUZI
49,11	38,52	47,48	59,61

Broj intervencija po vrsti intervencije Number of interventions shown by the nature of intervention

Tablica 3.

UKUPNO	BIOPSIJE	KONIZACIJE	LAPAROTOMIJE*
722	437	17	268

* cistektomije, adnektomije, histerektomije

Broj i mjesta karcinoma po godinama Number and places of cancer shown in years

Tablica 4.

Godina/vrsta	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ukupno	Učestalost %
ENDOMETRIJALNI KARCINOM	3	4	6	2	6	4	25	37,87
CERVIKALNI KARCINOM	6	9	3	6	4	3	31	46,96
OVARIJALNI KARCINOM	3	0	1	3	1	2	10	15,15
UKUPNO	12	13	10	11	11	9	66	100,00

Na operativnom materijalu su dijagnosticirana 3 sarkoma mater-nice.

U ovom periodu nije registriran niti jedan primarni karcinom jajovoda, rodnice i stdnice.

Svi karcinomi po reproduktivskoj dobi žena
All cancers shown by reproductive stage of women

Tablica 5.

REPRODUKCIJSKA DOB	žene reproduktivne dobi	žene u perimenopauzi	žene u postmenopauzi
ENDOMETRIJALNI KARCINOM	0	4	21
CERVIKALNI KARCINOM	5	15	11
OVARIJALNI KARCINOM	2	4	4
UKUPNO	7	23	36

Patohistološke dijagnoze, stadij proširenosti karcinoma, stupanj diferenciranosti karcinoma
Patohistological diagnosis, stage of spread of cancers, degree of differentiation of cancers

Tablica 6.

VRSTA KARCINOMA	ŽENE REPRODUKTIVNE DOBI	ŽENE U PERIMENOPAUI	ŽENE U POSTMENOPAUI	UKUPNO
ENDOMETRIJALNI KARCINOMI				
ADENOCARCINOMA ENDOM. Ib gr. I	0	2	4	6
ADENOCARCINOMA ENDOM. Ic gr. II	0	0	2	2
ADENOCARCINOMA ENDOM. IIa gr. III	0	0	6	6
ADENOCARCINOMA VILOGLANDULARAE Ia gr. I	0	1	2	3
ADENOCARCINOMA VILOGLANDULARAE Ib gr. II	0	0	2	2
CARCINOMA PLANOCELLULARAE Ib gr. I	0	0	1	1
CARCINOMA PLANOCELLULARAE IIa gr. II	0	0	1	1
CARCINOMA ADENONOSQUAMO CELLULARAE Ib gr. I	0	0	1	1
CARCINOMA ADENONOSQUAMO CELLULARAE Ic gr. III	0	0	2	2
ADENOACANTHOMA Ib	0	1	0	1
UKUPNO	0	4	21	25
CERVIKALNI KARCINOMI				
CARCINOMA PLANOCELLUL. MICROINVASIVUM	5	2	0	7
CARCINOMA SQAMOCELLUL. MICROINVASIVUM	0	3	0	3
CARCINOMA PLANOCELLUL. Ib1 gr. I	0	1	0	1
CARCINOMA PLANOCELLUL. IIa gr. II	0	8	8	16
CARCINOMA PLANOCELLUL. III gr. III	0	0	1	1
ADENOCARCINOMA IIb gr. I	0	0	1	1
ADENOCARCINOMA III gr. II	0	1	0	1
ADENOCARCINOMA IV gr. II	0	0	1	1
UKUPNO	5	15	11	31

OVARIJALNI KARCINOMI				
ADENOCARCINOMA SEROSUM gr. II	0	0	1	1
ADENOCARCINOMA MUCINOSUM gr. II	1	1	1	3
CYSTADENOCARCINOMA PAPILLARAE gr. I	0	1	0	1
ADENOCARCINOMA ENDOMETROIDES gr. I	1	0	1	2
TM GRANULOSA CELL.	0	0	1	1
TM KRUKENBERG	0	2	0	2
UKUPNO	2	4	4	10

Zaključci i rasprava

Iz naših rezultata je vidljiv porast broja karcinoma u starijoj životnoj dobi. Takođe je evidentno da se u starijoj životnoj dobi radi o težim oblicima karcinoma. U perimenopauzi je učestaliji cervikalni karcinom a u postmenopauzi je veći broj endometrijalnog karcinoma. Za period od šest godina cervikalni karcinom je najčešći malignom ženskog spolnog sustava na našem uzorku. U zadnje dvije godine endometrijalni karcinom je učestaliji od cervikalnog karcinoma. Svako postmenopauzalno krvarenje smo histološki razjasnili. Kada se radi explorativna kiretaža kavuma uterusa obavezno treba uraditi frakcioniranu kiretažu (i ekskohleaciju cervikalnog kanala). Na taj smo način dijagnosticirali nekoliko cervikalnih karcinoma. Jedan broj gore navedenih karcinoma je u našoj bolnici samo dijagnosticiran, a operativni zahvat je zbog procijenjenog visokog stadija obavljen u nekom od kliničkih centara. Zbog toga je stadij proširenosti tih karcinoma određen na temelju palpatornog nalaza, ultrazvučnog nalaza i CT-a, pa se može uzeti sa rezervom. Sve navadne patohistološke dijagnoze sa stupnjevima diferenciranosti karcinoma su nesporne ⁴.

Upitno je kada treba kiretirati žene u postmenopauzi koje obilno i učestalo krvare. Da li je krvarenje najvažnija indikacija za kiretažu (ili histeroskopiju) ili se trebamo osloniti i na ultrazvučni nalaz (endometrij deblji od 12 mm, inhomogen endometrij, patološki doplerski zapis u endometriju i na endometrio- miometrijalnoj granici, miomi sa patološkim protocima)? Upitno je i kako često treba raditi PAPA nalaz. Da li bi pri uzimanju PAPA nalaza trebalo uzeti i uterobrush rizičnoj populaciji? Kako često raditi TVCD kao metodu probira ginekološkog karcinoma, posebno ovarijalnog?

Poželjno bi bilo da se većina frakcioniranih eksplorativnih kiretaža zamijeni histeroskopijom, kao dijagnostički pouzdanijom metodom. Svaki novootkriveni ginekološki karcinom treba prijaviti registru za karcinome.

Litertura

1. Ćorušić A., Babić D., Šamija M., Šobot H.: Epidemiologija ginekološkog raka. U: Ćorušić Ginekološka onkologija. Zagreb, Medicinska naklada, 2005:3-14.
2. Petković S.: Dijagnostika ginekoloških maligniteta, Tumorski markeri. U: Petković S. Ginekologija. Beograd: Elit medica, 2004:527-536.
3. Šimunić V.: Biopsija u ginekologiji. U: Ciglar S. Suchanek E. Ginekologija. Zagreb: Ljevak, 2001:129-135.
4. Jukić S., Babić D., Damjanov I., Kos M.: Patologija ženskog spolnog sustava. Zagreb: AGM, 1995.

Adresa autorice: Dr Ljiljana Bilobrk-Josipović, HB "Dr fra Mato Nikolić"
Odjel za ginekologiju i porodiljstvo
Dubrave bb; Nova Bila; FBiH



**LIJEČENJE PREMALIGNIH I POČETNIH
MALIGNIH PROMJENA GRLIĆA MATERICE U
GINEKOLOŠKO AKUŠERSKOJ SLUŽBI
KANTONALNE BOLNICE ZENICA (1997-2007)**

*Prim. dr Enver Šahović, dr Granić Abdulah, dr Muračević
Bedrana, dr Hodžić Jasmin, dr Knežević Sandra*

Zenica 2007



UVOD

Promjene pločasto-slojevitog epitela grlića materice koje imaju potencijal za malignu transformaciju već mnogo godina su poznate kao cervikalne intraepitelijalne neoplazije (CIN).

Poznavanje prirodnog toka ovih premalignih promjena grlića materice i njihova povezanost sa nastankom invazivnog karcinoma je od najveće važnosti jer postoji vjerovatnoća, da će se u velikog broja pacijentkinja sa ovim promjenama, ukoliko se ne liječe, razviti invazivni karcinom.

CILJ RADA

Cilj istraživanja je analiza liječenja premalignih i početnih malignih promjena grlića materice na ginekološko akušerskom odjeljenju Kantonalne bolnice Zenica od 1997. do 2007. godine.

MATERIJAL I METODOLOGIJA RADA

Analizom su obuhvaćeni podaci iz operativnih protokola svih pacijentkinja liječenih od premalignih i početnih malignih bolesti u periodu od 1997. do 2007. godine.

Na ginekološko akušerskom odeljenju Kantonalne bolnice Zenica od 1997. do 2007. godine. metodom konizacije liječene su 834 pacijentice. Za 296 pacijentkinje nisu bili dostupni postoperativni patohistološki rezultati.



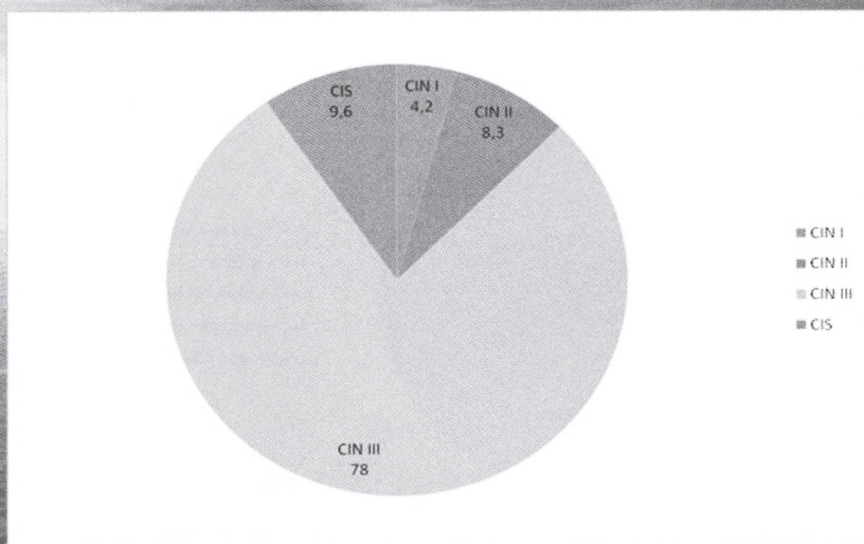
REZULTATI

Tabela 1. prikaz starosne strukture liječenih pacijentica.

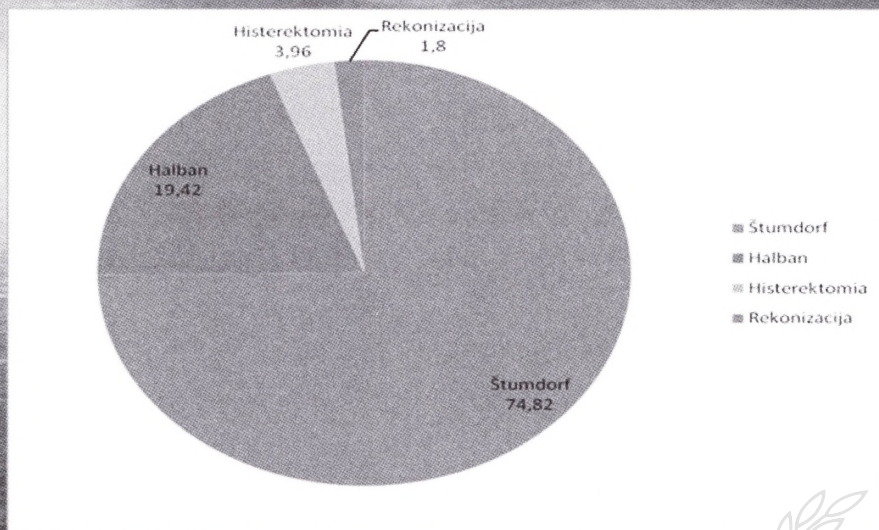
Dob (god.)	Broj (n)	%
17-24	25	2,9
25-34	224	26,85
35-44	376	45
45-54	180	21,6
55-80	29	3,5



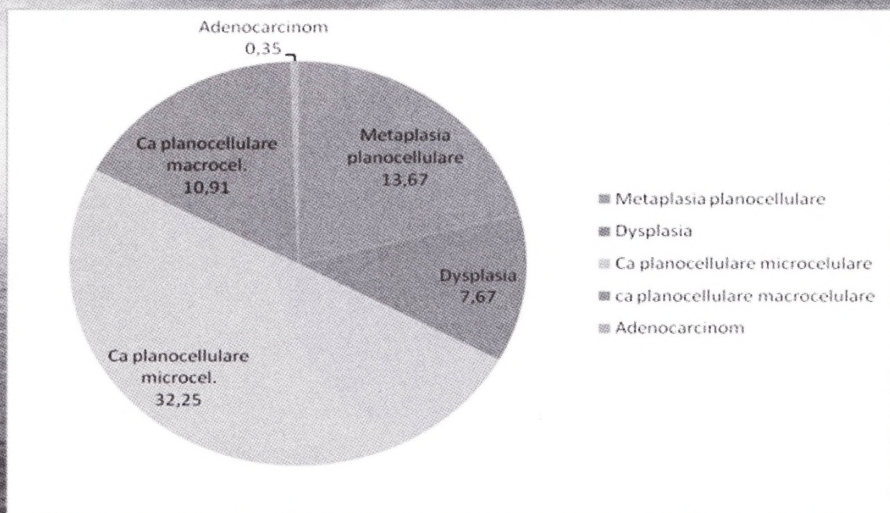
Slika 1. Citološka analiza liječenih pacijentica



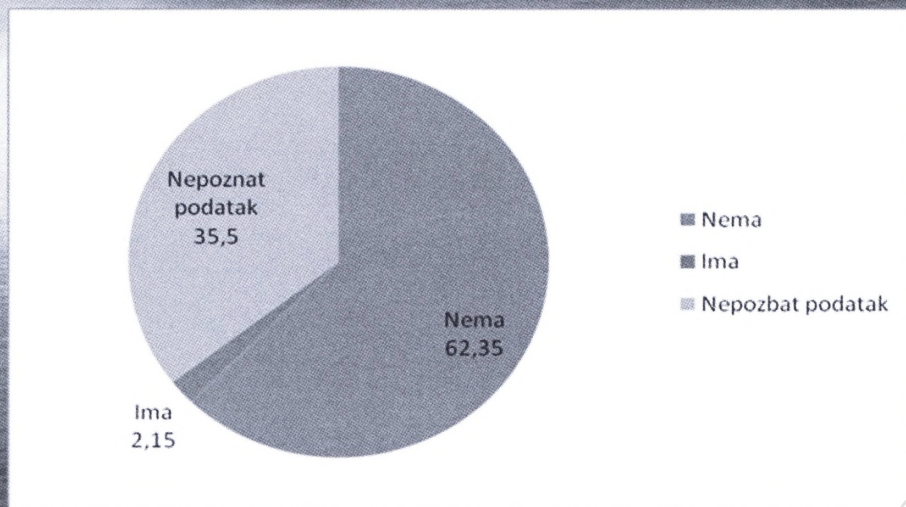
Slika 2. Operativne metode liječenja



Slika 3. Histopatološka analiza liječenih pacijentica



Slika 4. Podaci o prisustvu malignih ćelija na margini i vrhu konusa



Slika 5. HPV nalaz

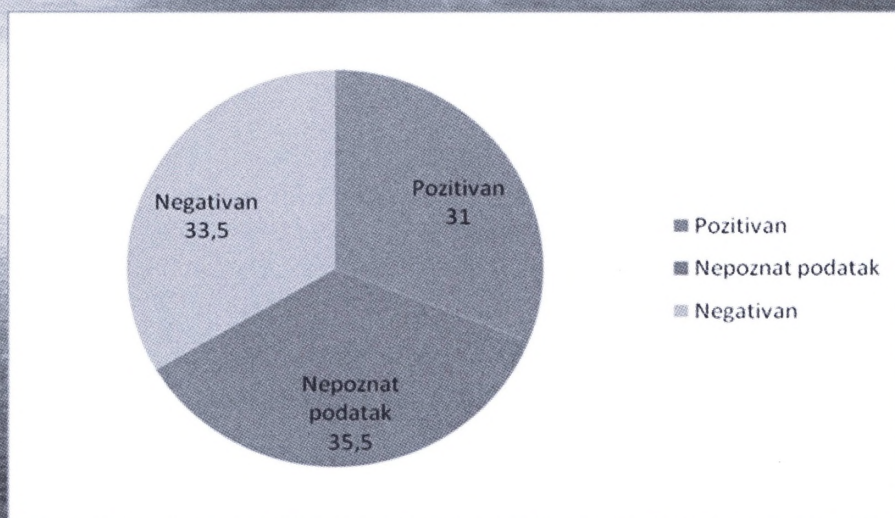


Tabela 2. Broj operisanih pacijentica u odnosu na pojedine godine.

Godine	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Broj	85	105	100	78	79	73	93	64	74	87
%	11	12,6	12	9,3	9,4	8,7	11	7,6	8,9	10,4

ZAKLJUČAK

- CIN je predominantno bolest žena reproduktivnog doba te je i prosečna starost naših pacijentkinja 37,18 godina (min. 17 a max. 80 godina).
- Kod 513 (96%) pacijantkinja je potvrđena preoperativna dijagnoza a kod 21 (4%) je nađen teži oblik CIN-a.
- Zaključujemo da je tačnost Papa testa za postavljanje indikacije operativnog liječenja CIN-a relevantna u velikom procentu.

- Obzirom na podatak da je samo 3,6% pacijentica koje su predhodno liječene metodom konizacije podvrgnut daljem tretmanu histerektomije, možemo konstatovat da je konizacija metod izbora u liječenju CIN-a.
- Najzastupljeniji je planocelularni karcinom 67,42% .
- 31% pacijentica sa dijagnozom CIN-a je inficirano HPV virusom.
- Podatak o 1,8% pacijentkinja koje su naknadno podvrgnute ponovnoj konizaciji (rekonizaciji) govori o više nego zadovoljavajućem uspjehu operativnog tretmana na ginekološko akušerskom odjelu Kantonalne bolnice Zenica.



UČESTALOST PREMALIGNIH I MALIGNIH OBOLJENJA U PETOGODIŠNJEM PERIODU NA ODJELU ZA GINEKOLOGIJU KB MOSTAR

Dragan Soldo
Vajdana Tomić
Goran Adžić



Pojavnost karcinoma

- ◆ U općoj populaciji u stalnom porastu
- ◆ Pojavnost veća u muškoj populaciji
- ◆ U ženskoj populaciji ginekološki karcinom je u stalnom porastu
- ◆ U zemljama u razvoju najčešći je karcinom vrata maternice (2. mjesto)
- ◆ U razvijenim zemljama veća pojava karcinoma trupa maternice i jajnika
- ◆ Sve veća pojava karcinoma (posebice u nerazvijenim zemljama) u žena mlađe životne dobi

Program ranog otkrivanja ginekološkog karcinoma

- ◆ Definirati visokorizične skupine
- ◆ Uporaba adekvantnog screening testa
- ◆ Educiranost kadra
- ◆ Timski rad(ginekolog-citolog-patolog-onkolog)
- ◆ Centralno vođenje podataka
- ◆ Stvaranje registra čitave ženske populacije
- ◆ Organizacija call-recall sustava(aktivni screening)
- ◆ Organizacija praćenja(follow up) bolesnica
- ◆ Program praćenja(monitoring)

Postupci za rano otkrivanje raka vrata maternice

- ◆ Uzimanje PAPA obrisaka
- ◆ Kolposkopija
- ◆ Genotipizacija HPV
- ◆ Biopsija
- ◆ Konizacija
- ◆ TEORETKI GLEDANO NITI JEDNA ŽENA NE BI
SMIJELA UMRIJETI ZBOG PLOČASTOG
KARCINOMA VRATA MATERNICE

Rano otkrivanje raka trupa maternice

- ◆ ...rizične skupine: starija životna dob;
nerotkinje; žene na estrogenoj terapiji;
terapija tamoxifenom; povećana tjelesna
težina; diabetes; hipertenzija; rak dojke;
opterećena obiteljska anamneza;
- ◆ Krvarenje u peri i postmeno pauzi
- ◆ Potencijalni testovi screeninga:
 - Papa test
 - Aspiracijska citološka dijagnostika
 - Transvaginalni UZ
 - Frakcionirana kiretaža
 - PHD analiza



Rano otkrivanje raka jajnika

- ◆ Rizik raste s dobi
- ◆ Nerotkinje
- ◆ Sterilitet i liječeni infertilitet
- ◆ Obiteljsko opterećenje
- ◆ Rak dojke
- ◆ Genetske malformacije
- ◆ Potencijalni testovi screeninga:
 - Ginekološki bimanuelni pregled
 - UZ transvaginalni
 - Color doopler?
 - Određivanje tm biljega
 - Određivanje onkogena i tm-supresorskih gena?

Tabelarni prikaz odnosa uzetih Papa obrisaka i citoliških suspektnih nalaza:

	2002	2003	2004	2005	2006	ukupno
papa	1659	1268	1760	2058	2267	9012
CIN I HPV	36 4	35 7	31 2	81 9	74 9	257(2,85) 31
CIN II- HPV	5 2	13 2	6 1	14 2	26 9	64(0,71) 16
CIN III- HPV	6 1	6	10	9 3	8 2	39(0,43) 6
GIL- AIS			1	1	1	3 (0,03)

Odnos premalignih i malignih oboljenja naspram učinjenih op zahvata



	2002	2003	2004	2005	2006	ukupno
Br.op	185	198	187	240	219	1029
premaligne	18	26	12	18	18	92 (8,94)
maligne	22	18	25	30	33	128 (12,43)
Ukupno: p/m	40	44	37	48	51	220 (21,37)

Odnos učinjenih konizacija i PHD nalaza



	2002	2003	2004	2005	2006	ukupno
CIN I			2	1	2	5 (5,43)
CIN II	4	3		2		9 (9,78)
CIN III	14	23	10	15	16	78 (84,78)
ukupno	18	26	12	18	18	92

Procentualni odnos pojedinih malignih oboljenja



Ca	2002	2003	2004	2005	2006	ukupno
vrat maternice		1	1		2	4 (3,12)
endometrij	12	11	13	12	18	66 (51,56)
jajnik	10	6	11	18	13	58 (45,31)
ukupno	22	18	25	30	33	128

Histološki tipovi karcinoma ženskog spolnog sustava

◆ Vrat maternice (4):

- Adeno-Ca clarocellulare.....1
- Adeno-Ca viloglandulare1
- Ca-adenosquamosum.....1
- Ca planocellulare.....1



◆ Ca tijela materice (66):

- Ca endometrioides56
- Ca adneosquamosum.....1
- Ca papillareserosum.....1
- Tm mixtus malignum mesodermalis-Müller.....7
- Sarcoma uteri.....1

◆ Ca jajnika (58):

- Ca papillare serosum.....8
- Ca papillare mucinosum..5
- Adeno Ca serosum.....6
- Adeno Ca mucinosum.....6
- Tm specijalizirane ovariske stome...5
- Ca endometrioides.....1
- Tm mixtus ovarii malignum....1
- Metastatski Ca jajnika.....8
- AEP tm jajnika niskog zloćudnog potencijala ("borderline").....13



Zaključak:

- ◆ PREVENCIJA U LIJEČENJU KARCINOM ŽENSKOG SPOLNOG SUSTAVA NEMA ALTERNATIVU
- ◆ Slijediti smjernice EAC komiteta (Europe against cancer)-1992: CILJ i METODE
- ◆ Napraviti programe probira na državnoj razini
- ◆ Kada početi:

D A N A S !!!!!



UČESTALOST ABNORMALNIH CITOLOŠKIH NALAZA VRATA MATERNICE ŽENA U HRVATSKOJ BOLNICI "DR FRA MATO NIKOLIĆ" NOVA BILA U RAZDOBLJU 2000-2006 GOD.

autor

dr. Branka Lovrinović



UVOD

- Invazivni karcinom vrata maternice po učestalosti zauzima 3. mjesto od svih zloćudnih oboljenja ženskog reproduktivnog sustava
- Najveća učestalost ove bolesti je u Brazilu (60/100 000 žena)
- Najmanja učestalost je u Izraelu (3/100 000 žena)
- Razlog: ekonomska snaga države, različite seksualne navike, utjecaj religije na sveukupni život populacije.

ETIOLOGIJA

- Uzrok nastanka karcinoma vrata maternice ostaje nepoznat.
- Mogući uzroci navode česta oštećenja i infekcije cervikalnog epitela.
- Učestalost cervikalnog karcinoma u posljednjih 30 godina smanjen je za 50%.

- Smanjenje učestalosti karcinoma cerviksa rezultat je ranog otkrivanja (eksfolijativna cervikalna citologija) i prevencije (liječenje preinvazivnih lezija).

Faktori koji povećavaju rizik za nastanak karcinoma cerviksa su:

1. Genitalne infekcije
2. Kemijska karcinogeneza (imunosupresivni lijekovi, kemioterapeutici, alkohol, pušenje)
3. Imunosupresija (transplantirani pacijenti, limfon, HIV, infekcija)
4. Seksualne navike (rano stupanje prvog seksualnog odnosa, veći broj partnera, navike za higijenu spolnih organa)
5. Dugotrajno uzimanje oralnih kontraceptiva (trostruko povećava rizik)
6. Veći broj poroda (trostruko povećava rizik)
7. Način života i drugo.



GENITALNE INFEKCIJE

- Dokazana je jaka povezanost između HPV infekcije i nastanka displazije cervikalnog epitela
- Izolirano je više od 70 humanih tipova HPV
- Svi tipovi HPV ne nose isti rizik za nastanak karcinoma cerviksa
- Podijeljeni su u tri grupe onkogenog rizika:
 1. HPV niskog onkogenog rizika (tipovi 6, 11 - udruženi sa kondilominima i disolozijom CIN I)
 2. HPV srednjeg onkogenog rizika (tipovi 31, 33, 51, 52 udruženi sa svim stupnjevima CIN, rijetko sa invazivnim karcinomom)
 3. HPV visokog onkogenog rizika (tipovi 16, 18, 45, 56 udruženi često sa invazivnim karcinomom cerviksa).

PRIMARNA I SEKUNDARNA PREVENCIJA U BORBI PROTIV KARCINOMA CERVIXA

- Primarna prevencija obuhvaća pravodobno i kontinuirano zdravstveno prosvjeđivanje prijepočetka spolnog života, sa naglaskom na zaštitu od spolno prenosivih bolesti.
- Sekundarnom prevencijom pronalazimo bolest u što ranijem stupnju razvoja kako bi je uspješno liječili, što nam omogućava citodijagnostika vrata maternice, kao metoda probira.

CILJ RADA

- Utvrditi učestalost abnormalnih citoloških nalaza ginekološkog odjela Hrvatske bolnice "Dr. fra. Mato Nikolić" Nova Bila.
- Odrediti ugrožene dobne skupine žena, kao i pojedine tipove abnormalnih nalaza po dobnim skupinama.

ISPITANICE I METODE

- Obuhvaćeno razdoblje od 01.01.2000. g. do 31.12.2006. g.
- Rezultati uzetih citoloških obrisaka vrata maternice iz citodijagnostičkog protokola Odjela ginekologije Hrvatske bolnice Nova Bila.
- Citološka analiza radena metodom po Papanicolaou
- Nalazi očitani od strane citologa iz KBC Split (2000-2001.g.) Instituta za patologiju MF Sarajevo (2002-2005.g.) i citologa laboratorije za citologiju Hrvatske bolnice Nova Bila (2006.g.)

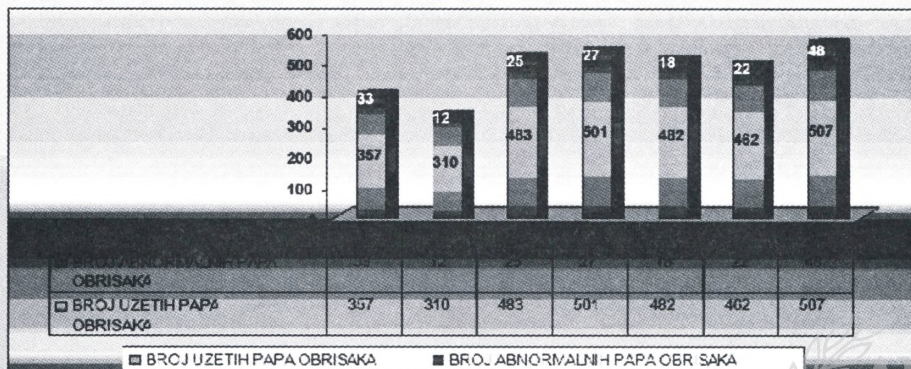
REZULTATI

- U razdoblju od 2000 do 2006. g. uzeto je 3102 citološka obriska vrata maternice
- Pronađeno je 185 (5,96%) abnormalnih citoloških nalaza.



TABLICA 1: prikazuje broj uzetih i abnormalnih citoloških obrisaka vrata maternjice po godinama.

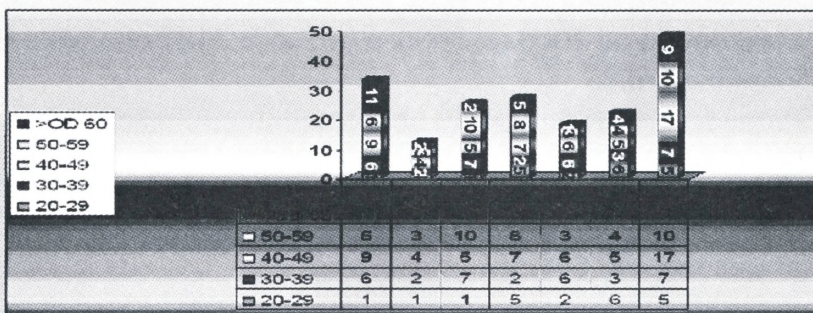
GODINE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	UKUPNO
BROJ UZETIH PAPA OBRISAKA	357	310	483	501	482	462	507	3102
BROJ ABNORMALNIH PAPA OBRISAKA	33	12	25	27	18	22	48	185
POSTOTAK	9.24	3.87	5.17	5.39	3.73	4.76	9.46	5.96



- U sedmogodišnjem razdoblju uočava se blagi porast u broju uzetih citoloških obrisaka, kao i porast abnormalnih citoloških nalaza u posljednjoj godini.

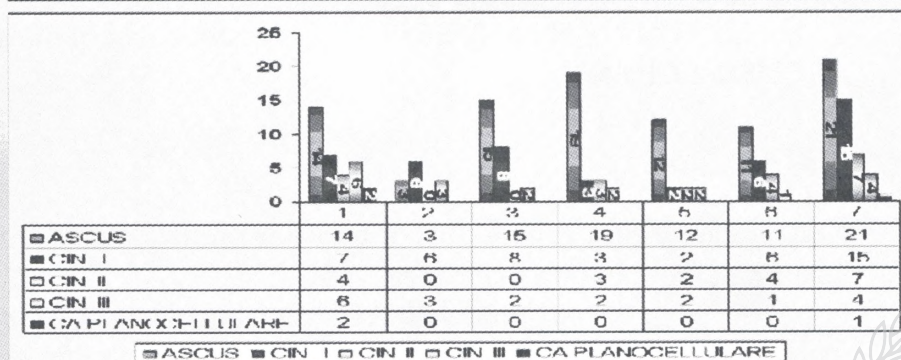
TABLICA 2: prikazuje raspodjelu žena i abnormalnih citoloških nalaza po dobnim skupinama.

GODINE/DOBNE SKUPINE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	UKUPNO
20-29	1	1	1	5	2	6	5	21
30-39	6	2	7	2	6	3	7	33
40-49	9	4	5	7	6	5	17	53
50-59	6	3	10	8	3	4	10	44
>OD 60	11	2	2	5	1	4	9	34
UKUPNO	33	12	25	27	18	22	48	185



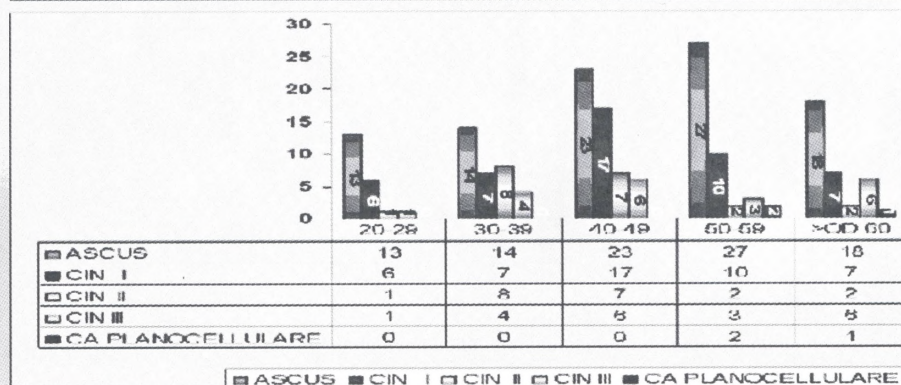
TABLICA 3: prikazuje raspodjelu pojedinih tipova abnormalnih citoloških nalaza vrata maternjice po godinama.

CITOLOŠKI NALAZ/GODINE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	UKUPNO
ASCUS	14	3	15	19	12	11	21	95
CIN I	7	6	8	3	2	6	15	47
CIN II	4	0	0	3	2	4	7	20
CIN III	6	3	2	2	2	1	4	20
CA PLANOCELLULARE	2	0	0	0	0	0	1	3



TABLICA 4: prikazuje pojavnost pojedinih tipova abnormalnih citoloških nalaza po dobnim skupinama.

CITOLOŠKI NALAZ/DOBNA SKUPINA	20-29	30-39	40-49	50-59	>OD 60	UKUPNO
ASCUS	13	14	23	27	18	95
CIN I	6	7	17	10	7	47
CIN II	1	8	7	2	2	20
CIN III	1	4	6	3	6	20
CA PLANOCELLULARE	0	0	0	2	1	3

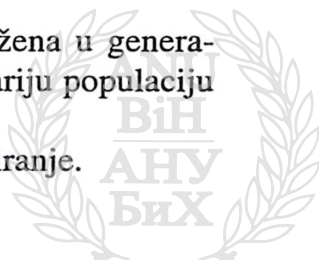


RASPRAVA

- Uzeto 3102 citološka obriska vrata maternice
- Otkriveno 185 abnormalnih citoloških nalaza (5,96%)
- Najviše je abnormalnih citoloških nalaza tipa ASCUS-95 žena (51,35%), potom CIN I-47 žena (25,40%), CIN II-20 žena (10,81%). CIN III-20 žena (10,81%) i planocelularnog karcinoma 3 žene (1,62%).
- Po dobnim skupinama, najčešći abnormalni citološki nalazi su u skupini 40-49 godina (28,64%), sa dominantnim nalazima ASCUS-a i CIN I.

ZAKLJUČAK

- Nedovoljan je broj žena uključen u probir preinvazivnih promjena i karcinoma vrata maternice
- Potrebno je probirom obuhvatiti što veći broj žena u generativnoj dobi mladih od 30 godina, trudnice, te stariju populaciju žena u postmenopauzi
- Trebalo bi uz citodijagnostiku uvesti i HPV testiranje.



OPĆA BOLNICA TEŠANJ

Ginekološko-akušerski odjel

NEKE DILEME U GINEKOLOŠKOJ ONKOLOGIJI (devetogodišne iskustvo)

N. Dujsić i suradnici



SAŽETAK

- Retrospektivnom studijom obuhvaćen je devetogodišnji period od 01.01.1998. do 01.01.2007. godine na GAO Opće bolnice Tešanj sa osvrtom na:
- Ukupan broj žena koje su obrađene citodijagnostikom (PAPA test) na GAO Opće bolnice Tešanj.
- Od ukupnog broja PAPA nalaza utvrditi broj pozitivnih nalaza te starosnu dob žena sa pozitivnim PAPA nalazom.
- Sve pozitivne nalaze pokazati po stupanju displazije.
- Ispitivati sve slučajeve gdje je bila potrebna histološka pretraga tkiva, kao i terapija. (biopsija, frakcionirana kiretaža, konizacija).
- Prikazati ukupan broj eksplorativnih kiretaža, broj pozitivnih nalaza te starosnu dob žena.

CILJ RADA

Da se prikažu neke dileme u ginekološkoj onkologiji na GAO Opće bolnice Tešanj u periodu od 01.01.1998 do 01.01.2007. godine (devetogodišnje iskustvo).



NAČIN RADA

- U retrogradnoj analizi valorizirano je u vremenskom periodu od devet godina ukupan broj žena koje su obrađene citodijagnostikom (PAPA test).
- Od ukupnog broja PAPA nalaza utvrditi broj pozitivnih nalaza, sve pozitivne nalaze prikazati po stupnju displazije.
- Utvrditi starosnu dob žena sa pozitivnim nalazima.
- Sve pozitivne nalaze prikazati po stupnju displazije te ispitati sve slučajeve gdje je bila potrebna histološka pretraga tkiva kao i terapija (biopsija, frakcionirana kiretaža, konizacija).

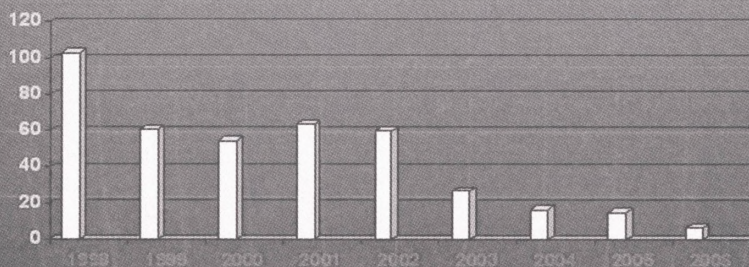
REZULTATI:

Tabela 1. UKUPAN BROJ PAPA NALAZA NA GAO OPĆE BOLNICE TEŠAJ

Godina	PAPA test POZITIVAN	PAPA test NEGATIVAN	Ukupno:
1998	103	691	794
1999	61	840	901
2000	55	698	753
2001	64	721	785
2002	60	693	753
2003	27	485	512
2004	17	440	457
2005	15	367	382
2006	7	308	315
UKUPNO	409	5.243	5.659
UKUPNO %	7,23 %	92,77 %	



Pozitivni nalazi u periodu 01.01.1998. do 01.01.2007.



Grafikon 1.

POZITIVNI PAPA NALAZI RAZVRSTANI PO STEPENU DISPLAZIJE

Step. Displaz ije	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ukup.
CIN I Disp. Levis	67	31	31	41	39	9	10	9	3	240
CIN II Displ. Medija	10	21	19	14	16	13	3	1	1	98
CIN III Disp. Gravis	21	7	2	2	4	4	3	5	2	50
Ca in s	4	2	3	3	1	1			1	16
Ca planoc elulare	1	2					1		1	5
Ukup.	103	61	55	64	60	27	17	15	7	409

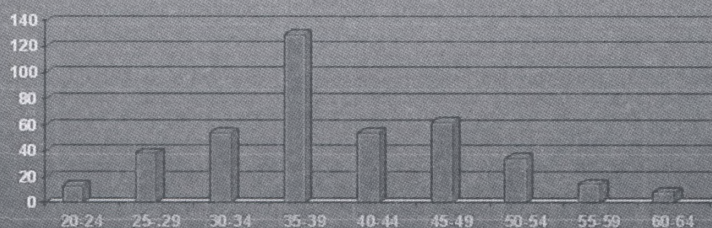
Tabela 2.

STAROSNA DOB ŽENA SA POZITIVNIM PAPA NALAZOM U PERIODU OD 1998 – 2007.

Godi. staros ti	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ukup
20-24	4	1	-	4	2	1	-	1	-	13
25-29	12	4	7	5	4	3	2	1	-	38
30-34	20	7	8	5	4	3	2	2	3	54
35-39	32	20	15	13	15	13	10	8	3	129
40-44	14	10	5	8	10	3	2	1	1	54
45-49	15	9	10	14	9	3	1	1	-	62
50-54	2	9	3	8	10	1	-	1	-	34
55-59	3	-	3	3	6	-	-	-	-	15
60-64	1	-	3	4	-	-	-	-	-	8

Tabela 3.

STAROSNA DOB ŽENA KOJE SU IMALE POZITIVAN PAPA NALAZ



Grafikon 2.

BROJ BIOPSIJA PVU NA GAO Opće bolnice Tešanj

God. Star.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ukup.
20-24	2	-	-	1	-	-	1	-	-	4
25-29	-	1	1	2	-	1	-	1	1	7
30-34	5	1	-	-	1	2	1	2	3	15
35-39	4	2	2	-	3	4	2	2	2	21
40-44	3	2	1	-	2	2	2	2	2	16
45-49	1	1	-	2	1	1	1	2	1	10
50-54	1	1	1	-	-	1	1	1	1	7
55-59	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
60-64	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Ukup.	17	8	5	7	8	11	8	10	9	83

Tabela 4.



**BROJ FRAKCIONIRANIH KIRETAŽA NA GAO Opće bolnice Tešanj
u periodu od 1998 – 2007.**

God. Star.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Uku.
25-29	2	-	-	2	-	-	-	1	-	5
30-34	1	2	-	1	3	2	1	1	1	12
35-39	4	3	2	2	4	3	3	2	3	26
40-44	1	1	2	2	-	2	3	2	3	16
45-49	2	1	1	-	1	1	1	1	1	9
50-54	-	-	-	-	1	-	1	1	1	4
55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukup.	10	7	5	7	9	8	9	8	9	72

Tabela 5.



**BROJ KONIZACIJA NA GAO OPĆE BOLNICE TEŠAN U PERIODU
1998 . 2007.**

God. Star.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Uku.
25-29	2	-	-	2	-	-	-	1	-	5
30-34	1	2	-	1	3	2	1	1	1	12
35-39	4	3	2	2	4	3	3	2	3	26
40-44	1	1	2	2	-	2	3	2	3	16
45-49	2	1	1	-	1	1	1	1	1	9
50-54	-	-	-	-	1	-	1	1	1	4
55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukup.	10	7	5	7	9	8	9	8	9	72

Tabela 6.

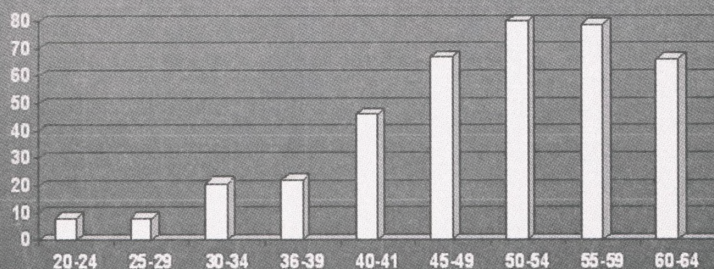
BROJ EKSPLOATIVNIH KIRETAŽA NA GAO OPĆE BOLNICE TEŠANJ

God. star.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ukup.
20-24	1	1	-	1	2	1	1	-	1	8
25-29	1	1	-	1	2	1	1	-	1	9
30-34	1	3	1	3	3	1	2	1	6	21
35-39	2	3	1	3	6	1	3	1	3	22
40-44	2	5	9	8	8	2	3	4	5	46
45-49	4	6	8	9	9	8	7	6	7	67
50-54	8	10	14	7	13	9	8	7	7	80
55-59	9	8	10	8	10	9	10	7	8	79
60-64	10	9	11	9	7	6	5	4	5	66
Ukup.	38	46	54	49	6	38	40	30	43	398

Tabela 7.



PRIKAZ STROSNE DOBI ŽENA KOD KOJIH JE URAĐENA EKSPLOATIVNA KIRETAŽA



Grafikon 3.

ZAKLJUČAK

U periodu od 9 godina na GAO Opće bolnice Tešanj
urađeno je :

▪ Ukupan broj PAPA nalaza	5.659
▪ Ukupan broj pozitivnih nalaza	409
▪ Broj biopsija	83
▪ Broj konizacija	72
▪ Broj Ca in situ	16 (3,8%)
▪ Ca lanocellulare.....	5 (1,2%)
▪ Ca endometrii	21 (6,5%)



CERVIKALNE INTRAEPITELIJALNE NEOPLAZIJE I TRUDNOĆA

Zulfo Godinjak

Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu
Ginekološko-akušerska klinika

Sažetak

Cilj rada je evaluirati utjecaj trudnoće na cervikalne intraepitelijalne neoplazije dijagnosticirane biopsijom cerviksa u prvom trimestru trudnoće.

Materijal i metode

Svim trudnicama je uziman PAP test pri dijagnosticiranju trudnoće, odnosno u prvom trimestru trudnoće. Trudnicama sa pozitivnim citološkim testom (PAP III) je raden kolposkopski pregled i biopsija cerviksa.

Od sedam pacijentica koje su imale pozitivan PAP test nalaz biopsije je potvrdio kod dvije CIN1, kod četiri CIN2 i kod jedne CIN3.

Pacijentice su praćene tokom trudnoće svakih 10 sedmica kolposkopskim pregledom i uzimanjem citološkog brisa a biopsija cerviksa je rađena dva do tri mjeseca nakon poroda.

Od dvije pacijentice kod kojih je u toku trudnoće dijagnosticiran CIN1 kod jedne se desila regresija, odnosno nalaz je bio normalan nakon poroda, a kod druge nalaz je ostao isti (CIN1). Od četiri pacijentice koje su imale u toku trudnoće CIN2 kod tri se desila regresija u CIN1, a kod jedne nalaz je ostao kao i prije poroda (CIN2). Kod pacijentice sa nalazom CIN3 u toku trudnoće, nakon poroda nalaz je ostao nepromijenjen (CIN3).

Zaključak

Regresija cervikalne intraepitelijalne neoplazije je nakon poroda uočljiva, što ukazuje da nije potreban tretman tih promjena na cerviksu u toku trudnoće. Na ovako malom uzorku teško je dokazati signifikantnost što nam nameće dalji rad i istraživanje ovoga problema na mnogo većem broju trudnica.

Ključne riječi: Cervikalna intraepitelijalna neoplazija, citološki cervikalni bris, biopsija cerviksa.

Uvod

Incidenca cervikalne intraepitelijalne neoplazije u toku trudnoće je 0,22%.(1)

Smatra se da je trudnoća pogodno vrijeme za skrining cerviksa uterusa kao dio rutinske prenatalne skrbi.

Svim trudnicama bi se trebao uzeti PAP test pri prvom pregledu, odnosno u prvom trimestru trudnoće. Ukoliko je citološki nalaz abnormalan potrebno je uraditi kolposkopiju i biopsiju cerviksa sa sumnjivih mjesta.

Kod pozitivnog patohistološkog nalaza (CIN 1-3) trebalo bi pratiti pacijenticu te svakih 10 sedmica kontrolisati cerviks kolposkopski i uzimati citološki bris.

Ukoliko se nalaz ne mijenja, odnosno proces ne napreduje i ne pokazuje značajnu progresiju te ukoliko nema drugih kontraindikacija pacijenticu je poželjno poroditi vaginalno.

U toku trudnoće treba izbjegavati bilo kakav tretman cervikalne intraepitelijalne neoplazije.

Dva do tri mjeseca nakon poroda potrebno je uraditi kolposkopiju i biopsiju cerviksa sa sumnjivih mjesta.

Materijal i metode

Kod sedam trudnica u prvom trimestru trudnoće je dijagnosticiran abnormalan citološki nalaz (PAP III), te je nakon toga urađena kolposkopija i biopsija cerviksa sa sumnjivih mjesta. Kod dvije pacijentice patohistološki nalaz je potvrdio CIN1, kod četiri CIN2 te kod jedne

CIN3. Pacijentice su kontrolisane svakih 10 sedmica kolposkopskim pregledom i uzimanjem PAP testa sa cerviksa.

Porod kod dvije pacijentice je dovršen carskim rezom, a ostale su porodene vaginalno.

Dva do tri mjeseca nakon poroda urađena je kolposkopija i biopsija cerviksa i potvrđeni su slijedeći nalazi:

Od dvije pacijentice kod kojih je potvrđen CIN1 u toku trudnoće, kod jedne je došlo do regresije i nalaz je bio normalan, a kod druge je potvrđen CIN1, kao što je bio i tokom trudnoće.

Od četiri pacijentice kod kojih je nalaz bio CIN2, kod tri je dijagnosticirana regresija u CIN1, a kod jedne je nalaz ostao kao i tokom trudnoće, odnosno CIN2.

Kod pacijentice sa nalazom CIN3 nakon poroda je potvrđen nalaz kao i tokom trudnoće, odnosno CIN3.

Kod pacijentica kod kojih je nakon poroda potvrđen nalaz biopsije cerviksa CIN2 i CIN3 urađen je konus na cerviksu.

Diskusija

Kao što je prikazano na navedenom broju slučajeva, uočljivo je da cervikalna intraepitelijalna neoplazija ne zahtijeva tretman tokom trudnoće, a kod određenog broja slučajeva dogodila se i regresija promjena. Međutim postoji nedovoljno iskustvo kod mnogih ginekologa šta učiniti sa cervikalnom intraepitelijalnom neoplazijom u toku trudnoće.

Studija je prezentirala da je u više od 70% slučajeva regresija CIN1 povezana sa trudnoćom kod primigravida, ali je ipak potrebno pratiti nakon poroda pacijentice koje su imale CIN1 tokom trudnoće jer je 7,7% imalo progresiju.(2)

Paraskevaidis E. i suradnici su potvrdili regresiju cervikalne intraepitelijalne neoplazije nakon poroda kod 35,9% pacijentica sa CIN1 i 48,1% pacijentica sa CIN2 i CIN3.(3)

Trudnice sa cervikalnom intraepitelijalnom neoplazijom su praćene svakih 10 sedmica uzimanjem PAP testa i kolposkopskim pregledom cerviksa.

Šta je to što dovodi do regresije prekanceroznih promjena na cerviksu u toku, odnosno nakon trudnoće kod određenog broja trudnica?



Smatra se da je regresija cervikalne intraepitelijalne neoplazije u toku trudnoće minimalna, ali je signifikantna spontana regresija nakon poroda.

Postoji znatna stopa regresije cervikalne intraepitelijalne neoplazije poslije trudnoće koja se vjerovatno može pripisati nestanku displastičnog cervikalnog epitela u toku sazrijevanja cerviksa prilikom vaginalnog poroda, ali češća citološka i kolposkopska evaluacija daju sigurnost.(3) Ipak, kod jedne od 98 pacijentica postpartalno je dijagnosticirana mikroinvazija (1,5mm).(3)

Ni kod jedne prikazane pacijentice u ovoj studiji (u vrlo malom uzorku) nije potvrđena progresija promjena na cerviksu u toku trudnoće.

Vlahos G. i saradnici prezentiraju da je tokom trudnoće dijagnosticiran i histološki dokazan CIN2 i CIN3, pa su kolposkopija i citološki brisevi rađeni svakih 8-10 sedmica te 8-12 sedmica nakon poroda, gdje je potvrđeno da je bolest perzistirala u 38,4% slučajeva.(4)

Ni jedan slučaj invazivne bolesti se nije razvio kod trudnih žena koje su praćene, te konzervativan menadžment CIN2 i CIN3 je prihvatljiv ako se kontrolišu uzimanjem cervikalnog citološkog brisa i kolposkopijom.(4)

Deskvamacija cervikalnog epitela ili povećanje lokalnog reparativnog imunološkog odgovora nakon vaginalnog poroda moglo bi igrati važnu ulogu u spontanoj regresiji cervikalne displazije u postpartalnom periodu.(5)

Regresija cervikalnog citološkog nalaza nakon poroda je nađena u 57% pacijentica, a progresija u 3% slučajeva dok je normalan PAP test nađen u 46,7 % pacijentica nakon poroda.(5)

Međutim, Anil K. i saradnici izvještavaju da kod trudnica sa teškim stepenom displazije (CIN3 i CIS) postoji velika vjerovatnoća da bolest perzistira i poslije poroda i da će se u nekom kraćem vremenu razviti i do u 80% slučajeva invazivni karcinom.(6)

Trudnice čiji je rezultat biopsije cerviksa prezentirao blagu displaziju kompariran sa trudnicama sa teškom intraepitelijalnom lezijom bile su sa manjom vjerovatnoćom da imaju CIN2 ili lošiji nalaz antepartalno ili postpartalno.(7)

Tretman displazija cerviksa u toku trudnoće se ne preporučuje jer može imati negativan efekat na ishod trudnoće, smatra većina autora.

LEEP (loop electrosurgical excision procedure) i konus urađen laserom kod trudnice su vezani sa signifikantno povećanim rizikom za nastanak premturane rupture amnionskih ovoja.(8) Konus čija je dužina 17 mm i više, tri puta povećava rizik od premturane rupture amnionskih ovoja kod trudnice komparirajući sa netretiranim trudnicama.(8)

Acharys i saradnici smatraju da LEEP (loop electrosurgical excision procedure) urađena kod trudnica sa cervikalnom intraepitelijalnom neoplazijom i trudnoćom većom od 20 sedmica trudnoće ne povećava rizik od prijevremenog poroda ili poroda djeteta sa niskom tjelesnom težinom, osim ako je LEEP bila relativno velika.(9) Međutim, prevalenca komplikacija u trudnoći je bila signifikantna nakon LEEP.(9)

Demeter A. i saradnici prezentiraju da trudnice sa cervikalnom intraepitelijalnom neoplazijom kojima je rađena konizacija cerviksa (hladna) nisu imale povećan rizik ili negativan ishod trudnoće, ali su imale povećan rizik za dovršenje poroda carskim rezom, a gubitak trudnoća je bio u 4,2% slučajeva.(1)

Prema tome, tretman cervikalne intraepitelijalne neoplazije kod trudnica može biti odgođen do poslije poroda, ali treba biti adekvatan nadzor u toku trudnoće, a LLETZ (large loop excision transformation zone) je adekvatan metod za tretman cervikalne intraepitelijalne neoplazije.(10)

Bilo koji tretman cervikalne intraepitelijalne neoplazije, uključujući i LEEP, povećava rizik od prijevremenog poroda, što je važno naglasiti kod tretmana mladih trudnica sa cervikalnom intraepitelijalnom neoplazijom.(11)

Zaključak

Iako je uzorak u ovoj studiji mali, može se uočiti da postoji regresija cervikalne intraepitelijalne neoplazije nakon trudnoće u većem broju slučajeva što nam ukazuje da se tretman tih promjena može prolongirati do poslije poroda uz adekvatnu citološku i kolposkopsku kontrolu.

Svakako, to nam nameće i dalje istraživanje kod mnogo većeg broja slučajeva da bi se mogla dokazati stopa regresije ili progressa procesa.

Reference

1. Demeter A, Sziller I, Csapo Z, Szantho A, Papp Z. Outcome of pregnancies after cold- knife conization of the uterine cervix during pregnancy. *Eur J Gynecol Oncol* 2002; 23(3) :207-10.
2. Ventolini G, Samlowski R. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia 1 in primigravida. *J Low Genit Tract Dis* 2003; 7(1):29-31.
3. Paraskevaidis E, Koliopoulos G, Kalantaridou S, Pappa L, Navrozoglou I, Zikopoulos K, Lolis DE. Management and evaluation of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104(1): 67-69.
4. Vlahos G, Rodolakis A, Diakomanolis E, Stefanidis K, Haidopoulos D, Abela K, Georgountzos V, Michalas S. Conservative management of cervical intraepithelial neoplasia (CIN-2-3) in pregnant women. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54(2): 78-81.
5. Strinić T, Buković D, Karelović D, Bojić L, Stipić I. The effect of delivery on regression of abnormal cervical cytologic findings. *Coll Antropol* 2002; 26(2):577-82.
6. Anil K.Sood, Joel I. Sorosky, Nina Mayer, Barrie Anderson, Richard E. Buller, Jennifer Niebyl. Cervical cancer diagnosed shortly after pregnancy: Prognostic variables and delivery routes. *Obstet and Gynecol* 2000; 95(6): 832-38.
7. Boardman LA, Goldman DL, Cooper AS, Heber WW, Weitzen S. CIN in pregnancy antepartum and postpartum cytology and hystology. *J Reprod Med* 2005; 50(1):13-18.

Kliničke i patohistološke karakteristike karcinoma
endometrija na Ginekološko-akušerskom odjelenju
Opće Bolnice "Prim. dr Abdulah Nakaš"

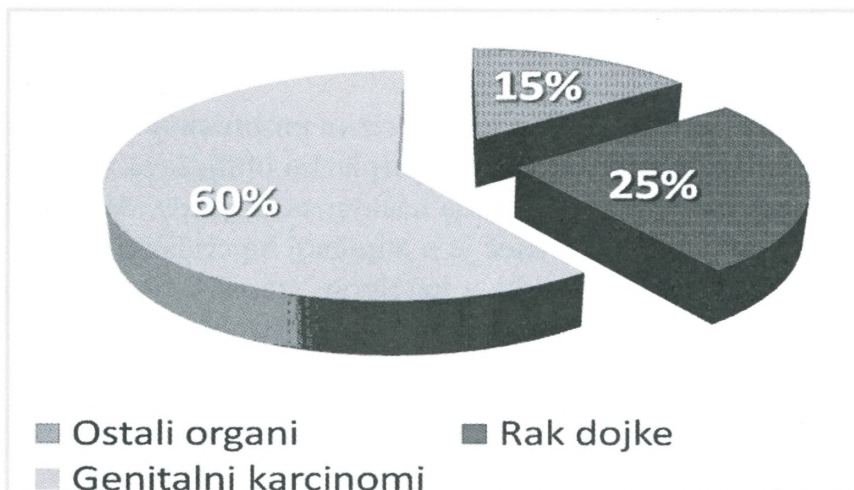
Nakaš N., Šimić S., Šehović J.

Uvodne napomene

U žena generativne dobi samo 15% malignih tumora otpada na vangenitalne organe; od preostalih 85% malignoma, 25% otpada na dojku a 60% na genitalne organe, uglavnom na cerviks uterusa gdje dominira in situ karcinom. Rak grlića je, nakon raka dojke, drugi po učestalosti maligni tumor kod žena u svijetu ali kada mu se oduzme neinvazivni stadij, prednost dobiva rak tijela materice (Smith, 2005)

Karcinom endometrija jednake drugi najčešći ginekološki karcinom kod žena.

Incidenca karcinoma endometrija svuda u svijetu je u porastu najviše zbog povećanja starosne strukture. Zbog toga je i 4-5 češći u zapadnoj hemisferi u odnosu na istočnu aziju i sl. Ovome doprinosi i snižavanje incidence cervikalnog karcinoma



Grafikon br 1. - Distribucija karcinoma kod žena

Bolest je postmenopauzalnih žena sa najvećim brojem slučajeva u 60-toj i 70-toj dekadi i manje od 5% slučajeva koji imaju manje od 40 godina. Oko 25% slučajeva otkrije se prije menopauze. Ukupni rizik od oboljevanja tokom života za ženu iznosi 1.1% a rizik od umiranja zbog endometralnog karcinoma je 0.4%

Krvarenje je glavni simptom karcinoma endometrija. Oko 90% karcinoma endometrija manifestuje se krvarenjem, ali samo oko 25% krvarenja u postmenopauzi znače ujedno i rak. - Šimunić 2003

Kod svakog neurednog krvarenja u perimenopauzi (klimakteriju) treba frakcioniranom kiretažom isključiti premaligne ili maligne promjene endometrija. Rak endometrija histološki ćemo naći u 2-3% slučajeva, a hiperplaziju u 15% takvih biopsija. Polip endometrija nastaje u 3% slučajeva, u 50% pojava krvarenja endometrija će biti normalan ili atrofičan

Rizikofaktori

- Starost
- Ekscesivna endogena proizvodnja estrogena
- Adipozitet
- Anovulatorni ciklusi
- Neoponirana estrogena terapija
- Tamoksifen



Razvoj

Jednostavnu hiperplaziju karakterizira proliferacija uz povećanje broja i dilataciju žlijezda, složenu hiperplaziju obilježava kompleksnija slika, papilarno pupanje i ledima naslonjene žlijezde. Ako navedeni oblici sadrže atipične ćelije riječ je o atipičnoj hiperplaziji.

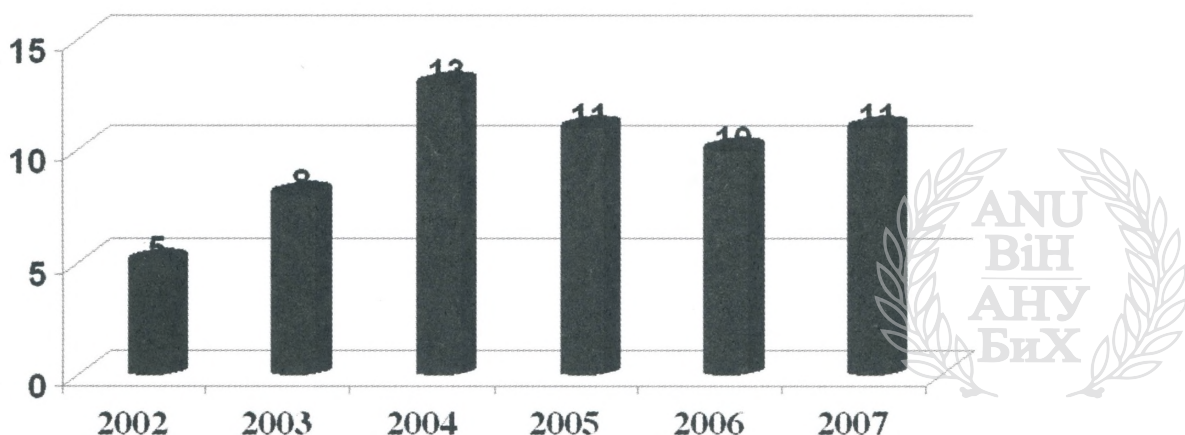
Hiperplazija će se razviti u karcinom iznosi u razdoblju od 10 godina za jednostavnu 1%, za složenu 3%, za jednostavnu atipičnu 8% te za složenu atipičnu hiperplaziju 30%.

Materijal i metode

Obradeno je 58 pacijentica tretiranih u našoj ustanovi radi endometralnog karcinoma u proteklih 5 godina. bilo da je on dokazan preoperativnim ili postoperativnim patohistološkim pregledom. Radi se o retrospektivnoj studiji vezanoj za period 2002-2007. Korišteni su podaci iz anamneze, intraoperativni nalazi, patohistološki nalazi.

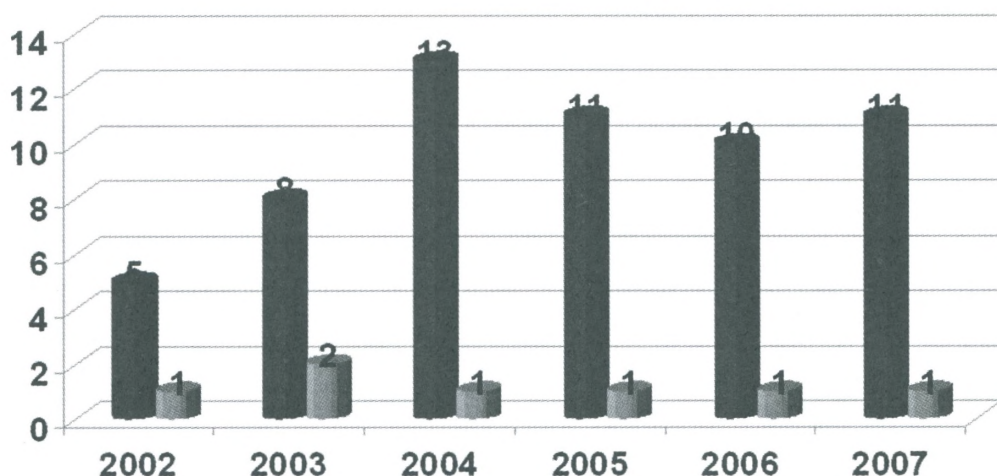
U sklopu rada obradili smo pacijentice operirane u našoj ustanovi zbog karcinoma endometrija

Rezultati istraživanja



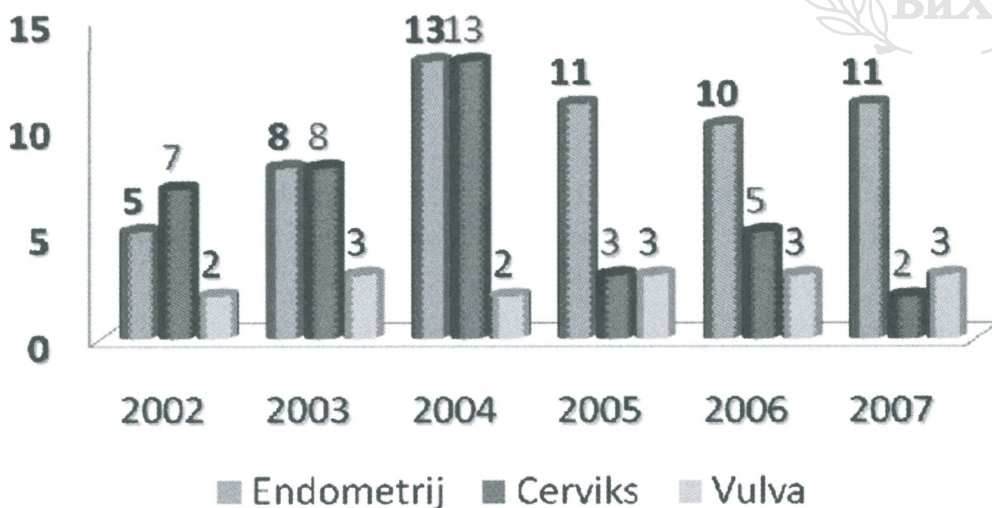
Grafikon 2 Ukupan broj operiranih zbog endometralnog karcinoma u Općoj Bolnici "Prim. Dr Abdulah Nakaš", u periodu 2002-2007

Na grafikonu broj 2 vidimo značajan porast incidencije endocervikalnog karcinoma odnosno povećanje broja operativnih zahvata radi ove bolesti sa pet slučajeva u 2002 godini na 11 slučajeva u prvoj polovini 2007 godine.



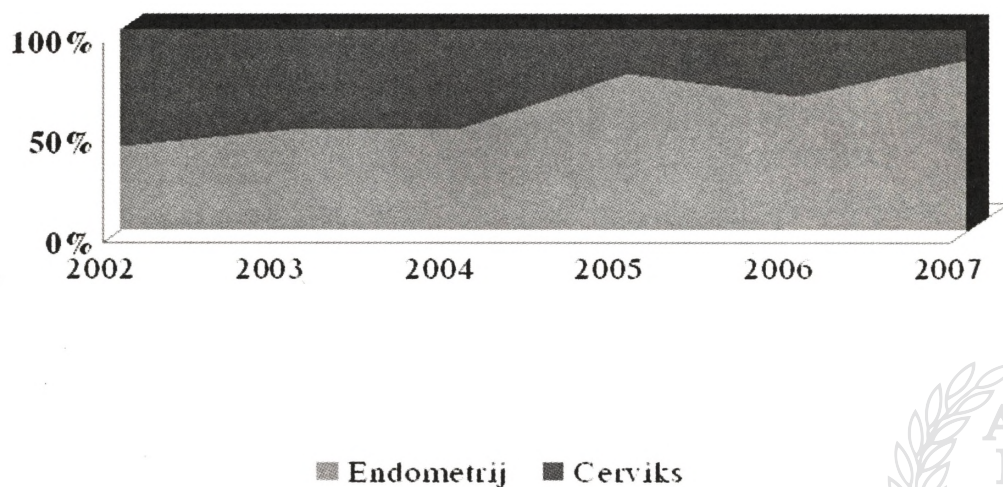
Grafikon 3 Odnos ukupnog broja operiranih prema onima sa stadijem II i višim

Možemo vidjeti da i pored rasta incidence nemamo povećan porast slučajeva sa stadijem II i višim što prema našem mišljenju predstavlja napredak preoperativnih dijagnostičkih procedura.



Grafikon 4 Odnos operiranih od karcinoma endometrija prema broju operiranih zbog karcinoma vulve odnosno cerviksa

Možemo dalje primijetiti kako imamo značajan pad karcinoma cerviksa prema karcinomu endometrija, naročito značajna promjena je upravo porast odnosno karcinom endometrija/karcinom grlića materice koji je posljednjih godina značajno promjenjen u korist karcinoma endometrija čime se naša zemlja približava stanju u kojem se već odavno nalaze razvijene evropske zemlje.

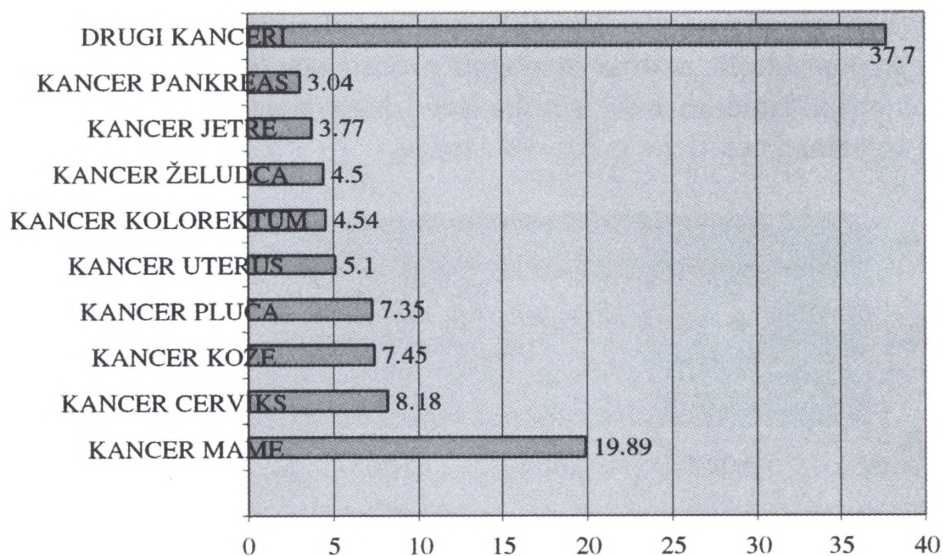


Grafikon 5 Odnos karcinoma endometrija prema karcinomu vrata materice u Općoj Bolnici "Prim. Dr Abdulah Nakaš" za period 2002-2007

	UKUPNE INCIDENCE REPRODUKTIVNIH KANCERA	INCIDENCE KANCERA CERVIKSA	INCIDENCE KANCERA ENDOMETRIJA
1982	300	2/3	1/3
1985	278	195	83
1988	511	231	149
2004	581	169	102

Tabela br 1 Istraživački podaci za incidencu karcinoma endometrija u BiH prema podacima iz Federalnog zavoda za statistiku.

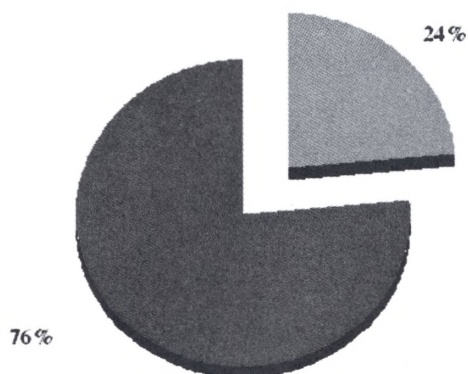
INCIDENCE KANCERA ŽENA U FBiH



Starost operiranih pacijentica

Prosječna starost pacijentica prilikom operativnog zahvata = 62.93 godine, mediana 62 godine. Najstarija pacijentica imala je 84 godine. Najmlađa pacijentica sa verifikovanim operiranim endometralnim karcinomom 41 godinu

■ do 1/2 miometrija ■ preko 1/2 miometrija



Grafikon 6 *Prodor karcinoma endometrija kroz miometriju na našem materijalu u periodu 2002-2007*

Vrijeme od pojave prvih simptoma do operativnog liječenja

- Prosječno vrijeme trajanja postmenopauzalnog krvarenja u mjesecima prije operativnog zahvata iznosilo je 5.5 mjeseci
- Najduže vrijeme trajanja postmenopauzalnog krvarenja prije liječenja bilo je 36 mjeseci
- Prosječno vrijeme trajanja postmenopauzalnog krvarenja kod stadija Ic iznosilo je 6.3 mjeseci
- Prosječno vrijeme trajanja postmenopauzalnog krvarenja kod stadija Ib iznosilo je 3.1 mjeseci

Preoperativna dijagnoza

Kod 95.3% pacijenitica dijagnoza je pravilno uspostavljena kiretažom prije samog operativnog zahvata bilo u našoj ustanovi bilo u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Kod ostatka dijagnoza je uspostavljena patohistološkim pregledom nakon operativnog zahvata

Zaključak

Karcinom endometrija jednako drugi najčešći ginekološki karcinom kod žena. Incidenca karcinoma endometrija svuda u svijetu a i kod nas u porastu najviše zbog povećanja starosne strukture. Ovome značajno doprinosi i snižavanje incidence cervikalnog karcinoma.

U našem slučaju dijagnoza se najčešće uspostavlja kiretažom kod pacijentica koje se javljaju radi pojave krvarenja u menopauzi a vrlo rijetko se radi o promjenama koje su otkrivene ultrazvučnim pregledom prije pojave krvarenja.

Prosječno vrijeme postmenopauzalnog krvarenja do operativnog tretmana kod naših pacijentica iznosi 5.5 mjeseci kod stadija Ic do 3.3 mjeseca do stadija Ib. Dok je u nekim slučajevima iznosilo i nedopustivih 36 mjeseci. Najveći dio od toga otpada na vrijeme koje protekne od pojave krvarenja do javljanja pacijentice ginekologu koji onda sprovodi dijagnostičku kiretažu i indicira operativno liječenje.

Smatramo da je ovako dugačko vrijeme od pojave postmenopauzalnog krvarenja do javljanja pacijentice lekaru nedopustivo te da postoji prostor u kojem možemo djelovati tako što ćemo stimulirati pacijentice na redovne ginekološke preglede posebno u slučajevima pojave menopauzalnog krvarenja koje u 2-3% slučajeva znače rak endometrija.

Evaluacija karinoma genitalnog sistema relevantni za period 2000-2006 godina na institutu za Patologiju Medicinskog fakulteta u Sarajevu

Nakaš N., Šimić S., Šehović J.

Uvodne napomene

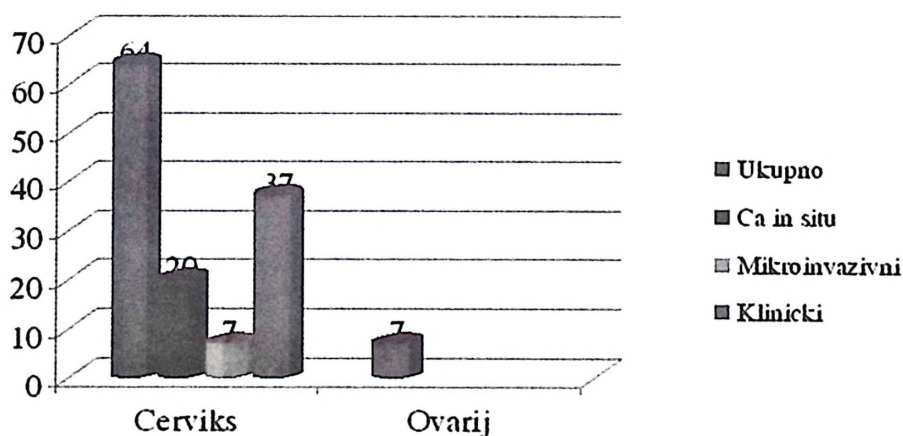
Sa kliničkog aspekta rezultati ove analize vrlo su značajni, ne samo za Kanton Sarajevo nego i čitavu Federaciju BiH.

Iz ovih grafikona vidljivi su trendovi Carcinoma in situ kao i CIN3, zatim mikroinvazivnih formi kao i uznapredovalih formi cervikalnog karcinoma

Materijal i metode

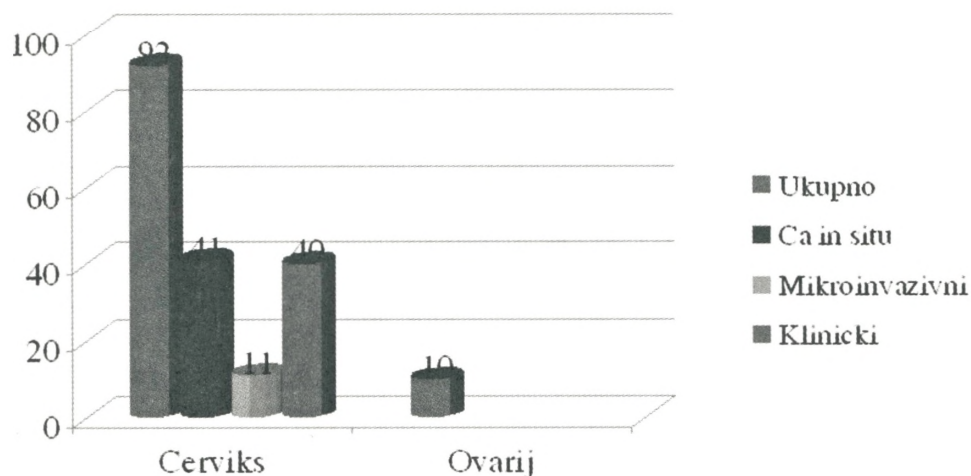
U sklopu rada obradili smo pacijentice operirane u našoj ustanovi zbog karcinoma endometrija bilo da je on dokazan preoperativnim ili postoperativnim patohistološkim pregledom. Radi se o retrospektivnoj studiji vezanoj za period 2002-2007.

Rezultati istraživanja

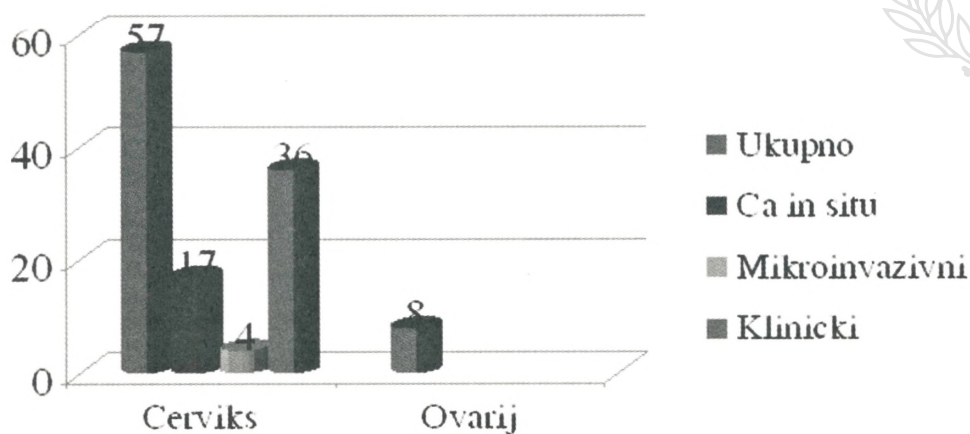


Grafikon 1 Materijal obraden na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2000 godina

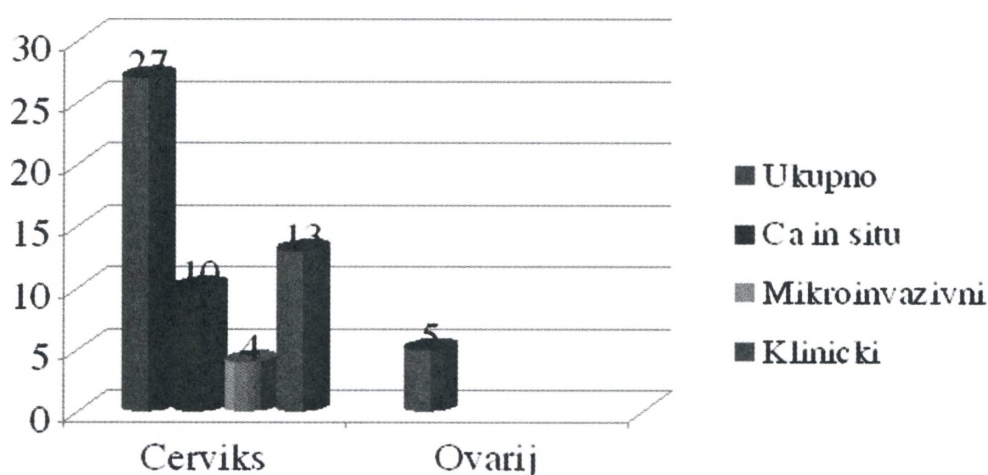
Kako možemo primijetiti klinički oblik karcinoma grlića materice dominira sa 37 slučajeva u odnosu na pretkliničke stadije (27)



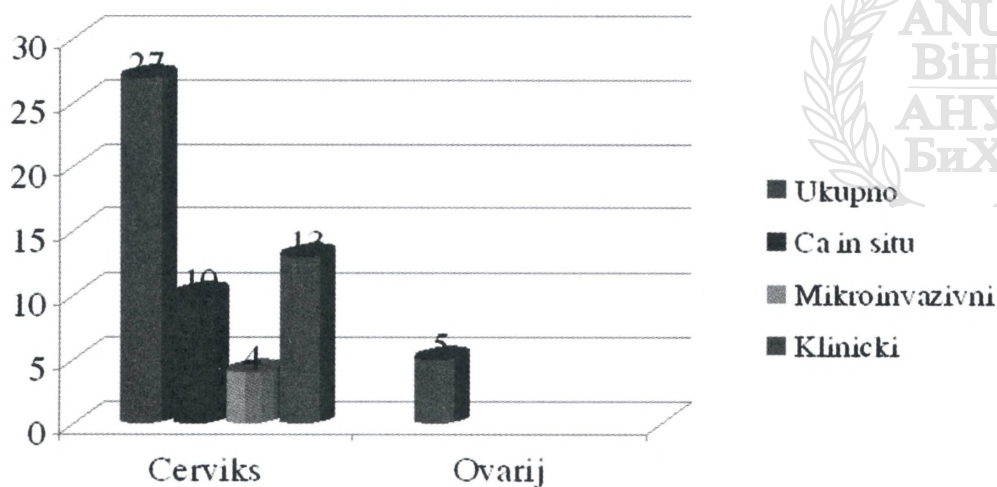
Grafikon 2 Materijal obrađen na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2001 godina



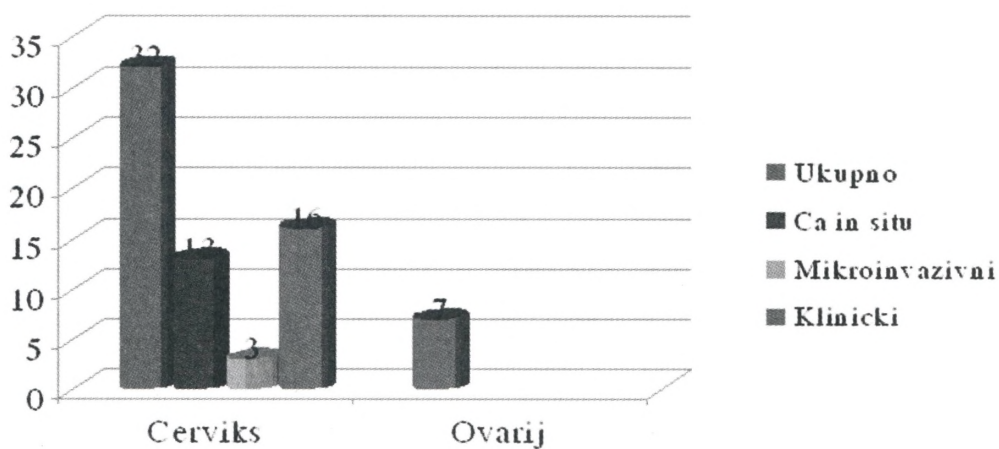
Grafikon 3 Materijal obrađen na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2002 godina



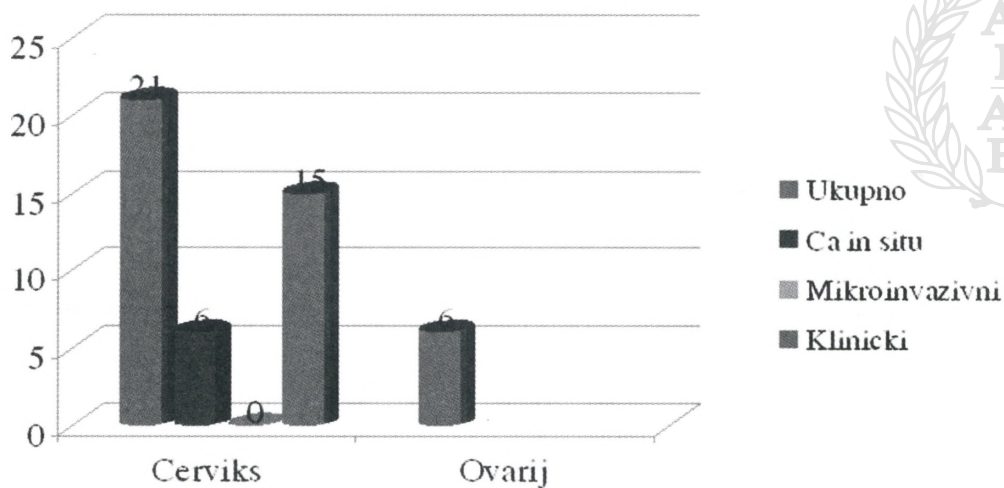
Grafikon 4 Materijal obrađen na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2003. godina



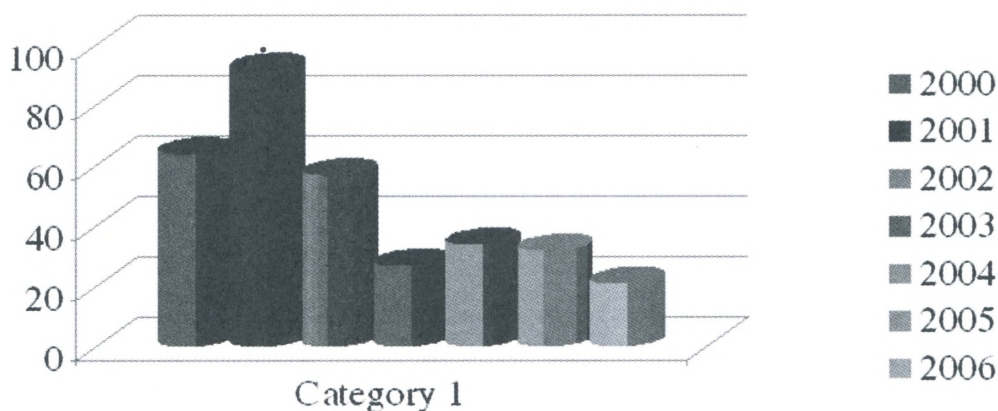
Grafikon 5 Materijal obrađen na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2004. godina



Grafikon 6 *Materijal obrađen na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2005 godina*

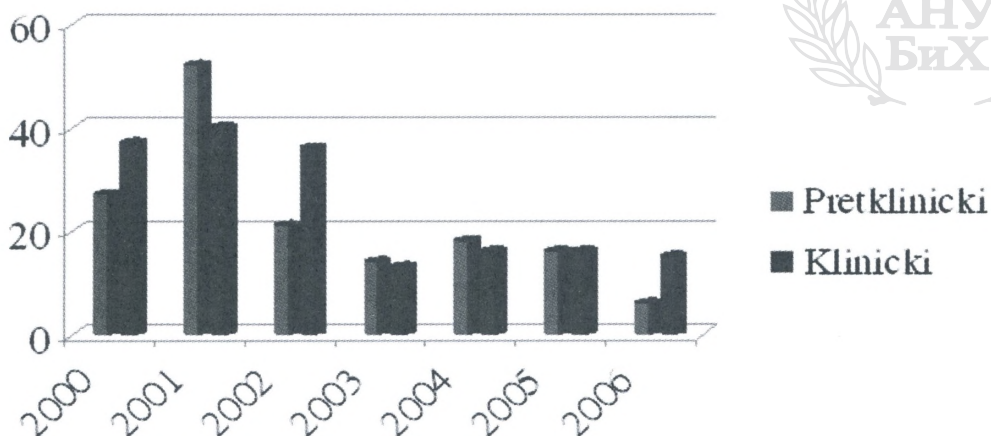


Grafikon 7 *Materijal obrađen na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, karcinom grlića materice 2006 godina*



Grafikon 8 Cerviks karcinom 2000-2006

Ukupan broj pacijentica tretiranih radi karcinoma grlića materice kako možemo vidjeti iz grafikona br. 8 je u stalnom padu od 2000-te godine do danas što možemo zahvaliti najviše poboljšanoj dijagnostici te boljoj saradnji pacijentica uključivanjem u skrining programe i adekvatnim tretmanom prekanceroznih promjena.



Grafikon 9 Cerviks karcinomi odnos pretkliničkih i kliničkih formi 2000-2006

Sa druge strane kad se radi o karcinomskim promjenama možemo primijetiti da se odnos pretkliničkih i kliničkih promjena praktično zadržava iako se apsolutne vrijednosti smanjuju

Zaključci

1. Iskustvo svih učesnika simpozijuma pa i onih najstariji koji rade u Sarajevu i BiH više od pedeset godina može se svesti na jedan zaključak. Žene iz rizičnih skupina ne dolaze redovno jednom godišnje na ginekološki pregled.

2. U razvijenim zemljama na razne načine tijekom godina ostvaren je taj najvažniji cilj da najmanje jednom godišnje žene dolaze na kontrolne ginekološke preglede (citološki PA, kolposkopski, UZ vaginalna sonda i zaključno klasično, inspekcija i bimanualno pregled) što je rezultiralo sa skoro isčezavanjem kliničkih formi cervikalnog karcinoma, i sa relativno često otkrivanjem početnih formi endometrijalnog i ovarijalnog karcinoma.

3. Izvještaji nedvojbeno govore da je na čitavoj teritoriji BiH ginekološka služba kadrovski i opremom osposobljena, da na vrijeme otkrije početne oblike cervikalne neoplazije i provede sve potrebne dijagnostičke i terapijske procese.

4. S obzirom na nedovoljnu tehničku opremu u pojedinim dijelovima BiH (Ultrazvučni aparati sa vaginalnom sondom) rana dijagnostika endometrijalnih i ovarijalnih početnih neoplastičkih formi nije moguća.

5. U našim prilikama kad skoro 20 % ženske populacije nema socijalno osiguranje svi dijagnostički i terapijski postupci kod genitalnog karcinoma trebaju biti besplatni. Terapiju samo nekoliko uznapredovalih oblika karcinoma, osim sa neizvjesnim rezultata liječenja, moraju prepoznati i u Zdravstvenom osiguranju, kao neuporedivo veći novčani trošak, nego za sve ove preventivne procedure.

6. Liječnici obiteljske medicine koji su u pravilu odgovorni za zdravlje svojih osiguranika morali bi energičnije nastojati na jednogodišnjem obaveznom ginekološkom pregledu žena iz rizičnih skupina.

7. Udruženje Ginekologa i perinatologa mora pokrenuti kontakte sa Organizacijama primarne zdravstvene zaštite naročito sa Obiteljskom medicinom kako bi se obezbijedio jednogodišnji dolazak žena iz rizičnih skupina na ginekološki pregled.

8. Udruženje Ginekologa i perinatologije prihvata inicijativu za osnivanjem Inicijativnog Odbora za prevenciju raka grlića materice (Humani papiloma virus HPV) Vakcinacija se već nekoliko godina provodi u razvijenim zemljama. Odbor ove jeseni treba donijeti programe rada za čitavu BiH.

