



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 GENITALNOG KARCINOMA
U BOSNI I HERCEGOVINI

Sarajevo, 08.06.2007.

Uredili

Srećko Šimić
Senad Mehmedbašić

SARAJEVO, 2007.



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 verificirani 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 materice.

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 ADENOSQUAMO CELLULARAE Ib gr. I	0	0	1	1
CARCINOMA ADENOSQUAMO 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 SQAMOCCELLUL. 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 ekskoleaciju 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

