

UDK 618.11-006.6-036.22(497.11)
COBISS.SR-ID 53949961

Инциденција рака јајника у Нишавском округу

Биљана Коцић

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ У НИШУ, ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ НИШ

Сажетак: **Увод:** Рак јајника је осмо најчешће малигно обољење жена у свету, чинећи 3,4% свих малигнух тумора жена. Са највећим је леталитетом међу гинеколошким малигнитетима. Циљ рада био је да се анализира инциденција овог малигнома у Нишавском округу у периоду 1999-2018. године. **Материјал и метод:** Примењен је дескриптивни метод. Популациони регистар за рак Института за јавно здравље у Нишу био је извор података. Израчунате су сирове и стандардизоване стопе инциденције на 100.000 жена. Стандардизација је вршена директним методом. Израчунаван је линеарни тренд стопа инциденције. **Резултати:** У структури малигнух болести жена рак јајника чини 5%. Просечна годишња стандардизована стопа инциденције износи 13,5. У посматраном двадесетогодишњем периоду, региструје се пораст линеарног тренда стопа инциденције. Највиша стандардизована стопа бележи се 2016. године (20,4), а најнижа 2002. године (10,1). Болест се не региструје испод петнаесте године живота, а најчешћа је у узрасту 70-74 године. Региструје се статистички значајан пораст тренда стандардизованих стопа инциденције са узрастом. Највиша стандардизована стопа инциденције бележи се у општини Сврљиг (18,5) а најнижа у општини Меровина (7,2). **Закључак:** Регистровање неповољног тренда инциденције рака јајника указује на недостатак адекватне примарне и секундарне превенције. Неопходно је ефикасно спроводити превентивне мере и едукацију жена у циљу редуковања фактора ризика и раног откривања болести.

Кључне речи: рак јајника, епидемиологија, инциденција

УВОД:

Рак јајника је осмо најчешће малигно обољење жена у свету, са 295 414 новооболелих и стандардизованом стопом инциденције 6,6/100.000. Чини 3,4% свих малигнух тумора жена [1]. Одсуство раних и специфичних симптома, неразвијеност техника скрининга и ране детекције иницијалних стадијума болести, као и изостанак категоризације високоризичних група, важни су разлози за дијагностиковање карцинома оваријума у одмаклим стадијумима, са петогодишњим преживљавањем од само 29%. Свега 15% се дијагностикује у I стадијуму (локализован тумор) са петогодишњим преживљавањем од 92% [2]. Ризик за оболевање током живота износи 1:75 жена. Болест је са највишим леталитетом међу гинеколошким малигнитетима [3].

У свету је присутан диспаритет инциденције овог малигнома. Највише стопе инциденције региструју се у земљама централне и источне Европе (10,7), северне Европе (8,8) у Полинезији (8,8), северној Америци (8,1), југоисточној Азији (8,1) и јужној Европи (8,0). Најниже стопе бележе се у земљама средње Африке (4,7), на Карибима (4,6), у земљама јужне (4,9), источне (5,5) и западне (5,6) Африке, као и источне Азије (5,7), и северне Африке (5,7) [1].

Разумевање етиологије болести и идентификација фактора ризика, као и популација под повећаним ризиком од изузетног је значаја за превенцију карцинома јајника [4].

Циљ рада био је да се анализира инциденција овог малигнома у Нишавском округу у периоду 1999-2018.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД:

Примењен је дескриптивни метод. Популациони регистар за рак Института за јавно здравље у Нишу био је извор података. Израчунате су сирове и стандардизоване стопе инциденције на 100 000 жена. Стандардизација је вршена директним методом. Израчунат је линеарни тренд стопа инциденције.

РЕЗУЛТАТИ:

У структури малигних болести жена рак јајника чини 5%. Просечна годишња стандардизована стопа инциденције износи 13,5. У посматраном двадесетогодишњем периоду, региструје се пораст линеарног тренда стопа инциденције. Највиша стандардизована стопа бележи се 2016. године (20,4), а најнижа 2002. године (10,1). Болест се не региструје испод петнаесте године живота, а најчешћа је у узрасту 70-74 године. Региструје се статистички значајан пораст тренда стандардизованих стопа инциденције са узрастом. Највиша стандардизована стопа инциденције бележи се у општини Сврљиг (18,5) а најнижа у општини Меровина (7,2).

ДИСКУСИЈА

Рак јајника се у Нишавском округу налази на седмом месту по учесталости карцинома у жена, после рака дојке, грлића материце, немеланомског рака коже, рака плућа, трахеје и бронха, утеруса и колона. У периоду 1999.-2013. године, рак оваријума је шести најчешћи карцином жена у централној Србији [5].

У посматраном периоду просечна годишња стандардизована стопа инциденције виша је у Нишавском округу у поређењу са стопом у централној Србији [5]. Према публикованим подацима [1], Србија бележи највишу стандардизовану стопу инциденције (16,6), док ниже стопе бележе Мађарска (13,2), Хрватска (12,1), Бугарска (10,9), Босна и Херцеговина (10,5), Румунија (10,4) и најнижу Јапан (9,5).

Слично нашим резултатима, бележи се узлазни тренд стопа инциденције у Србији [5]. Такође, инциденција са узрастом расте и највиша је у узрасту 40.-74. године [6]. Старење популације и висока преваленција фактора ризика могу бити значајни за објашњење пораста тренда инциденције рака јајника [4,5]. Од значаја за пораст инциденције болести су и промене у дијагностичким процедурама и класификацији, пре свега у развијеним земљама [7].

Разлике у стопама инциденције у општинама Нишавског округа могу указати на могућност да жене из градских средина, које су образованије, и којима је доступнија здравствена заштита, чешће посећују гинеколога од жена из приградских и сеоских средина, сиромашнијих ресурса и нижег нивоа образовања [8,9]. Такође треба узети у обзир и значајну подрегистрацију новооболелих, нарочито у мањим општинама.

Рак јајника је мултикаузално обољење. Етиологија болести још увек није у потпуности разјашњена. Многобројни су фактори ризика који су предмет истраживања: демографски (узраст), репродуктивни (узраст менархе и менопаузе, узраст при порођају, трудноће), гинеколошки (пелвичне инфламације, ендометриоза), хормонални (хормонска контрацепција и терапија), генетски (породична историја, БРЦА мутације), навике (исхрана, физичка активност, гојазност, конзумирање алкохола, кафе и пушење цигарета), као и дојење и нижи социоекономски статус [10].

Генетски и фактори спољашње средине као и навике, спадају међу значајне факторе који могу да утичу на инциденцију болести [10].

Резултати истраживања указују да је позитивна породична анамнеза важан фактор; рођаци у првом степену сродства имају 3-7 пута већи ризик да оболе, нарочито у случају оболевања већег броја рођака и то у млађим годинама [11,12].

Истраживања су показала да многи фактори могу значајно да редукују ризик за настанак болести: трудноћа снижава ризик (по детету $RR=0.90$) [13], дуже дојење (снижава ризик 22%) [14], и употреба оралних контрацептива (ризик опада за 20% на сваких 5 година коришћења, перзистирајући више од 30 година после прекида коришћења) [15,16].

Такође, студије указују да неки фактори могу да утичу на повећање ризика за настанак болести: пушење цигарета (6%) [17], гојазност (28%) [18], употреба хормонске терапије (37%) [19], као и конзумирање црвеног меса и месних прерађевина (19%) [20].

Запажено је да миграција жена из земаља са ниском инциденцијом у земље са високом инциденцијом, повећава ризик за настанак болести, указујући на значај негенетских фактора ризика [21].

ЗАКЉУЧАК:

Регистровање неповољног тренда инциденције рака јајника указује на недостатак адекватне примарне и секундарне превенције. Неопходно је ефикасно спроводити превентивне мере и едукацију жена у циљу редуковања фактора ризика и раног откривања болести. Крuciјални значај у превенцији болести има модификација фактора ризика на које може да се утиче, са усвајањем здравих стилова живота и елиминацијом штетних навика.

ЗАХВАЛНИЦА

Аутор се захваљује Министарству просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије (Број пројектног уговора: 451-03-9/2021-14/200113) за финансијску подршку

ЛИТЕРАТУРА:

1. Globocan 2020.
2. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2013/, based on November 2015 SEER data submission, posted to the SEER website, April 2016.
3. Jayson GC, Kohn EC, Kitchener HC, Ledermann JA. Ovarian cancer. *Lancet* (London, England), 2014;384(9951):1376-88.
4. Zhang Y, Luo G, Li M, Guo P, Xiao Y, Ji H, et al. Global patterns and trends in ovarian cancer incidence: age, period and birth cohort analysis. *BMC Cancer* 2019;19:984.
5. Antonijevic A, Rancic N, Ilic M, Todorovic B, Stojanovic M, Stefanovic J. Incidence and mortality trends of ovarian cancer in central Serbia. *JBUN* 2017; 22(2):508-12.
6. Rahmani K, Moradi-Lakeh M, Mansori K, Bidokhti F, Asadi-Lari M. global inequalities in incidence and mortality of ovarian cancer and associated factors: an ecological study. *Alzheimers Park Res Ther* 2018;1:1001.
7. Bray F, Loos AH, Tognazzo S, La Vecchia C. Ovarian cancer in Europe: crosssectional trends in incidence and mortality in 28 countries, 1953-2000. *Int J Cancer* 2005;113(6):977-90.
8. Alberg AJ, Moorman PG, Crankshaw S, Wang F, Bandera EV, Barnholtz-Sloan JS, et al. Socioeconomic status in relation to the risk of ovarian cancer in African-American Women: a population-based case-control study. *Am J Epidemiol* 2016;184(4):274-83.
9. Praestegaard C, Kjaer SK, Nielsen TS, et al. The association between socioeconomic status and tumour stage at diagnosis of ovarian cancer: A pooled analysis of 18 case-control studies. *Cancer Epidemiol* 2016;41:71-9.
10. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. *Int J Womens Health* 2019;11:287-99.
11. Ziogas A, Gildea M, Cohen P, Bringman D, Taylor TH, Seminara D, et al. Cancer risk estimates for family members of a population-based family registry for breast and ovarian cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2000; 9: 103-11.
12. Negri E, Pelucchi C, Franceschi S, Montella M, Conti E, Dal Maso L, et al. Family history of cancer and risk of ovarian cancer. *Eur J Cancer.* 2003; 39: 505-10.
13. Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, White E, Arslan AA, Patel AV, Setiawan VW, Visvanathan K, Weiderpass E, Adami HO, et al. Ovarian Cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the ovarian Cancer cohort consortium. *J Clin Oncol.* 2016;34(24):2888-98.
14. Jordan SJ, Siskind V, Green AC, Whiteman DC, Webb PM. Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control.* 2010;21(1):109-116.
15. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, Zikan M, Dusek L. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update.* 2010;16(6):631-50.
16. Beral V, Doll R, Hermon C, Peto R, Reeves G. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet.* 2008;371(9609):303-14.
17. Beral V, Gaitskell K, Hermon C, Moser K, Reeves G, Peto R. Ovarian cancer and smoking: individual participant meta-analysis including 28,114 women with ovarian cancer from 51 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2012;13(9):946-56.
18. Liu Z, Zhang TT, Zhao JJ, Qi SF, Du P, Liu DW, Tian QB. The association between overweight, obesity and ovarian cancer: a meta-analysis. *Jpn J Clin Oncol.* 2015;45(12):1107-15.
19. Beral V, Gaitskell K, Hermon C, Moser K, Reeves G, Peto R. Menopausal hormone use and ovarian cancer risk: individual participant meta-analysis of 52 epidemiological studies. *Lancet.* 2015;385(9980):1835-42.
20. Wang HF, Yao AL, Sun YY, Zhang AH. Empirically derived dietary patterns and ovarian cancer risk: a meta-analysis. *Eur J Cancer Prev.* 2018;27(5):493-501.
21. Kliewer EV, Smith KR. Ovarian cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1995; 4: 453-8.