

BULARREKO PATOLOGIAREN BAHEKETA, DIAGNOSTIKOA ETA JARRAIPENA



Osakidetza



OSASUN SAILA

BULARREKO PATOLOGIAREN BAHEKETA, DIAGNOSTIKOA ETA JARRAIPENA

Argitaraldia:

Lehenengoa, 2021eko maiatza

Argitaratzen du:

Osakidetza. Araba kalea, 45
01006 Vitoria-Gasteiz (Araba)

©

Euskadiko Autonomia Erkidegoaren Administrazioa
Osakidetza

Internet:

www.osakidetza.euskadi.eus

e-mail:

coordinacion@osakidetza.eus

Egileak

Altzibar Arotzena, Jone M. Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia

Arizaga Batiz, Elena. Donostialdeko ESia

de la Rica Bilbao, Matxalen. Barrualde-Galdakaoko ESia

de Toro Iglesias, Manuel. Barrualde-Galdakaoko ESia

Fernández Calleja, Marta. Donostialdeko ESia

Galve Calvo, Elena. Bilbo-Basurtuko ESia

6 Irizabal Ezponda, Juan Carlos. Donostialdeko ESia

Lekuona Artola, Arantza. Donostialdeko ESia

Llorente Moreno, Fernanda. Arabako ESia

Mallabiabarrena Ormaechea, Gaizka. Ezkerralde-Enkarterri-Gurutzetako ESia

Moreno Domingo, Julio Ángel. Bilbo-Basurtuko ESia

Orue-Etxebarria Zabala, Belén. Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia

Sala González, M. Ángeles. Bilbo-Basurtuko ESia

Berrikusleak

Campo Diego, Mónica. Bilbo-Basurtuko ESia

Legorburu Piedra, Ana Luz. Bilbo-Basurtuko ESia

Diez Orive, M. Olarizu. Arabako ESia

Sala González, M. Ángeles. Bilbo-Basurtuko ESia

AURKIBIDEA

SARRERA	9
MAMOGRAFIAK EMAKUME ASINTOMATIKOEI	10
1. Arrisku faktorerik gabeko emakumeak	11
2. Arrisku faktoreak dituzten emakumeak	11
2.1. Bularreko eta obulutegiko minbiziaren familia-aurrekariak dituzten emakumeak	11
2.2. Hormona bidezko tratamendu ordeztalea duten emakumeak	14
2.3. Aurretiko erradioterapia torazikoaren aurrekariak dituzten emakumeak	14
2.4. Aurrekari histologiko arriskutsuak dituzten emakumeak	15
2.5. Aurretiazko bularreko kartzinoma duten emakumeak	19
3. Bular-protesiak dituzten emakumeak	19
IRUDI-AZTERKETA EMAKUME SINTOMATIKOEN KASUAN	20
ONBERAK IZATEKO PROBABILITATEA DUTEN LESIOAK DITUZTEN EMAKUMEEN JARRAIPENA	22
BIBLIOGRAFIA	24
ERANSKINAK	28
• Minbizi-arriskuaren sailkapena, bularreko eta obulutegiko minbiziaren familia-aurrekarien arabera	29
• Mamografiaren aurreko informazioa, bularreko protesiak dituzten emakumeentzat	31
• Bularreko nodulu hautemangarriaren azterketa	33

SARRERA

Bularreko minbizia da munduko emakumeen artean gehien diagnostikatzen den minbiziagatiko heriotza-arrazoia.

Bularreko minbizirako ezarritako arriskuen artean daude adina, bularreko minbiziaren aurrekari pertsonalak edo familiarrak edo minbizi aurreko lesioak, ugalketa-faktoreak, hormona-tratamenduak, bularrarekin erlazionatutako faktoreak, alkohol-kontsumoa, obesitatea (menopausia osteko bularreko minbizian soilik), erradiazio ionizatzailearen eraginpean egotea eta aurretiko joera genetikoak.

Minbizi horren ondoriozko hilkortasuna eta gaixotasunaren fase aurretatuei lotutako gaixotze-tasa murrizteko estrategien artean emakume asintomatikoen detekzio goiztiarra dago, eta gaur egun bularreko minbiziaren baheketa mamografiaren bidez bigarren mailako prebentzio-estrategiarik eraginkorra da.

Euskadiko Bularreko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa 1995ean jarri zen abian. Hasiera batean, 50 eta 64 urte bitarteko emakumei zuzenduta zegoen. Gaur egun, parte hartzeko aukera ematen die aurretik bularreko minbiziaren diagnostikorik izan ez duten 50 eta 69 urte bitarteko emakumei eta familian lehen mailako minbizia izan duten 40 eta 49 urte bitarteko emakumei. Baheketa-proba aldebiko mamografia da, proiektzio bikoitzekoa eta bi urtean behin egiten dena.

9

2018-2023 aldirako Euskadiko Plan Onkologikoak baheketa-estrategiak familia-arriskuaren kategoriaren eta adin-taldearen arabera hedatzea gomendatzen du, 35-49 urteko emakumeengan indarrean dauden ebidentzietan eta gomendioetan oinarrituta.

Nahiz eta modelizazio matematikoko azterlanen ebidentziak iradokitzen duen estrategia pertsonalizatua eraginkorragoa izango litzatekeela gaur egungo baheketa uniformearena baino, ez dago arrisku indibidualean oinarritutako baheketa mamografikoko estrategiarik, gomendatua izateko eraginkortasunari buruzko ebidentzia nahikoa duenik.

Bularreko minbizia detektatzeko baheketa mamografikoa hobetzeko asmoz, Euskadiko Plan Onkologikoaren helburuekin bat etorritik, bularreko minbiziaren baheketan eta bularreko patologian adituak diren profesionalen lantalde bat jarri da abian. Horren emaitza da dokumentu hau.

Plan horren helburua da baheketan, diagnostikoan eta bularreko patologiararen jarraipenean jarduteko irizpideak bateratzea.

**MAMOGRAFIK
EMAKUME
ASINTOMATIKOEI**

1. ARRISKU FAKTORERIK GABEKO EMAKUMEAK

Mamografia egingo zaie 50 eta 69 urte bitarteko emakumeei, Bularreko Minbizia Goiz detektatzeko Programaren (BMGDP) barruan. Emakume horien baheketa bi urtez behingo proiektzio bikoitzeko alde biko mamografian datza.

Adin-talde horretako emakume asintomatikoen baheketa BMGDPTik soilik egingo da, eta ez da mamografiarik eskatu beharko emakume horientzat Lehen Mailako Arretatik edo Arreta Espezializatutik.

Ez da baheketa-mamografiarik egingo 70 urtetik gorako emakume asintomatikoetan.

11

2. ARRISKU FAKTOREAK DITUZTEN EMAKUMEAK

2.1. BULARREKO ETA OBULUTEGIKO MINBIZIAREN FAMILIA-AURREKARIAK DITUZTEN EMAKUMEAK

Balorazioa egiteko, familia-adar bereko senideak bakarrik hartuko dira kontuan (amarenak edo aitarenak), baldin eta 1. eta 2. mailakoak badira: **1. mailakoak**, gurasoak, anai-arrebak, seme-alabak; **2. mailakoak**, aitona-amonak, bilobak, osaba-izebak, ilobak, erdi anai-arrebak.

BMGDPTk bularreko minbiziaren lehen mailako familia-aurrekariak dituzten 40-49 urteko emakumeak hartzen ditu barnean, bi urtez behingo mamografiak eginez.

POPULAZIO-ARRISKUA

Sartzeko irizpideak

- Bularreko minbiziaren familia-aurrekaririk gabe
- Bularreko minbizia duen lehen mailako senide 1, ≥ 60 urtekoa
- Bularreko minbizia duen bigarren mailako senide 1, edozein adinetan
- Bigarren mailako 2 senide, biak bularreko minbizia dutenak, ≥ 50 urtekoak

Nola jokatu

- Ez da gomendatzen baheketa egitea 50 urte bete aurretik
- 50-69 urte bitarteko emakumeen kasuan:
 - A, B eta C dentsitateak dituzten emakumeei, mamografia 2 urtean behin.
 - D kategoriako dentsitatea duten bularretan, oso gomendagarria da azterketa bular-ekografiarekin osatzea, 2 urtean behin.

12

ARRISKU ERTAINA

Sartzeko irizpideak

- Bularreko minbizia duen lehen mailako senide 1, 40-59 urte bitartekoa
- Aldebiko bularreko minbizia duen lehen mailako senide 1, ≥ 60 urtekoa
- Bularreko minbizia duten lehen mailako 2 senide, biak ≥ 50 urtekoak
- Bularreko minbizia duten 2 senide: lehen mailako 1, < 50 urtekoa, eta bigarren mailako 1, ≥ 50 urtekoa.
- Bularreko minbizia duten 2 senide: lehen mailako 1, ≥ 50 urtekoa eta bigarren mailako 1, edozein adinekoa.
- Bularreko minbizia duten bigarren mailako 2 senide: haietako 1, < 50 urtekoa eta beste 1 ≥ 50 urtekoa.

Nola jokatu

- 40-49 urte bitarteko emakumeek, mamografia urtean behin. D kategoriako dentsitatea izanez gero, oso gomendagarria da azterketa ekografiarekin osatzea.
- 50-69 bitarteko emakumeek, mamografia 2 urtean behin. D kategoriako dentsitatea izanez gero, oso gomendagarria da azterketa ekografiarekin osatzea.

POTENZIALKI ARRISKU HANDIA

Sartzeko irizpideak

- Bularreko minbizia duen lehen mailako senide 1, < 40 urtekoa
- Aldebiko bularreko minbizia duen lehen mailako senide 1, < 60 urtekoa
- Bularreko minbizia duen lehen mailako senide 1, gizonezkoa
- Bularreko minbizia eta obulutegiko minbizia duen lehen edo bigarren mailako senide 1
- Obulutegiko minbizia duen lehen mailako senide 1
- Bularreko minbizia duten lehen mailako 2 senide, haietako 1 < 50 urtekoa
- Bularreko minbizia duten 2 senide: lehen mailako 1 eta bigarren mailako beste 1, biak < 50 urtekoak
- Bularreko minbizia duten bigarren mailako 2 senide, biak < 50 urtekoak
- Bularreko minbizia duen lehen mailako edo bigarren mailako \geq 3 senide

13

Nola jokatu

- 40-49 urte bitarteko emakumeek, mamografia urtean behin. D kategoriako dentsitatea izanez gero, gomendagarria da azterketa ekografiarekin osatzea.
- 50-69 bitarteko emakumeek, mamografia 2 urtean behin. D kategoriako dentsitatea izanez gero, gomendagarria da azterketa ekografiarekin osatzea.

- Emakumeei aholku genetikoko unitate batera joatea gomendatuko zaie. Bertan, beren familia-historiaren, historia pertsonalaren eta azterketa genetikoen arabera birkalifikatuko da.
- Egiaztatutako arrisku handia badago, ospitaleetako Arrisku Handiko unitateetara bideratuko da.

DIAGNOSTIKATUTAKO ARRISKU HANDIKOAK

Bularreko minbizia izateko arriskuaren jarraipena eta arriskua murrizteko neurri profilaktikoen balorazioa ospitaleetako Arrisku Handiko unitateetan egingo dira.

2.2. HORMONA BIDEZKO TRATAMENDU ORDEZTAILEA DUTEN EMAKUMEAK

14

Tratamendua hastean mamografia egingo da, aurreko 6 hilabeteetako mamografiarik ez badago.

Urtean behin mamografia egingo da hormona bidezko tratamendu ordeztaila amaitu arte, eta ondorengo baheketa adinaren arabera egingo da.

Ezarritako hormona bidezko tratamenduan kontrolaz eta jarraipenaz arduratzen den medikuak egingo dio eskaera Erradiodiagnostikoko Zerbitzuari.

2.3. AURRETIKO ERRADIOTERAPIA TORAZIKOAREN AURREKARIAK DITUZTEN EMAKUMEAK

Hodgkin-en Linfomaren egungo tratamenduek pronostikoa hobetu dute, eta erradioterapia supra-diafragmatikoarekin tratatutako paziente horien jarraipenak agerian utzi du bigarren neoplasiak ugaritu egin direla, eta hori esanguratsua da bularreko minbiziaren kasuan, latentzialdi luze baten ondoren. Literaturak arrisku handiegia erakusten du

lehen tratamendua ematen den adinarekin lotuta, eta RR handiagoa da lehen tratamenduaren adina zenbat eta txikiagoa izan. Jasotako dosien eta erradiazio-eremuen arabera ere aldatu egiten da arriskua.

Arrisku handiko emakumeei baheketa egiteko ospitaleetako unitateetan baloratuko da emakume horien baheketa-estrategia.

2.4. AURREKARI HISTOLOGIKO ARRISKUTSUAK DITUZTEN EMAKUMEAK

Arrisku Handiko Lesio Histologikoak (LHAR) zalantzazko potentzial gaiztoko lesioak dira, eta bat datoz National Health Service Breast Screening Programme-ko (NHSBPS) B3 kategoriako lesioekin. Lesio horiek, era berean, honela banatzen dira: B3a lesioak, atipia epitelialik gabeko lesio funtsean onberak, eta B3b lesioak, atipia epitelialdunak, beste bularrean ere minbizia garatzeko arrisku handiagoarekin lotuta.

Tradizionalki, B3 lesio guztien erauzketa kirurgikoa gomendatu izan da, eta prozedura kirurgikoak eta kostuak saihesteko, gaur egun gomendatzen da gutxieneko biopsia inbaditzaileak edo larruazalpeko erauzketa egitea hutseko gailuak erabiliz (Huts bidezko erauzketa-aspirazioa, EAV). Horrela, ehun-bolumen handiagoak lortzen dira, erauzketa lokal baten baliokideak, Orratz Lodiko Biopsiarekin (BAG) alderatuta.

15

Zalantzazko potentzial gaiztoko lesioen (B3 lesioak) Nazioarteko Bigarren Akordioan adituek hainbat gomendio adostu zituzten, kartzinoma infiltratzailearentzako % 5eko eta Kartzinoma Duktal In Situ-rako (CDIS) % 10eko gehieneko gutxiespen-tasa onargarri gisa erabiliz.

- **Hiperplasia duktal atipikoa (HDA)**

BAG edo BAV bidez diagnostikatutako HDA duen lesio bat kirurgikoki erauzi beharko litzateke. Zaintza egoera berezietan bakarrik justifikatzen da, diziplina anitzeko batzordeak hala erabakita.

Erreferentziazko ospitalean urtean behin mamografia egitea go-

mendatzen da, gutxienez 5 urteko jarraipena, adinaren arabera baheketan sartu arte.

- **Atipia epitelial laua (AEP)**

Atipia Epitelial Lauaren emaitza anatomopatologikoa duen BAV baten kasuan, jarraipena egin daiteke, baldin eta ziurra baldin bada lesio erradiologikoa erabat erauzi dela eta bat-etortze erradiopatologikoa dagoela. Bestela, erauzketa kirurgikoa egingo da.

Erreferentziazko ospitalean urtean behin mamografia egitea gomendatzen da, gutxienez 5 urteko jarraipena, adinaren arabera baheketan sartu arte.

- **Lobulu-neoplasia (NL): Lobulu-hiperplasia atipikoa (HLA) eta Lobulu-kartzinoma in situ klasikoa (CLIS)**

Biopsia kirurgikoaren bidez erauztea gomendatzen da, NL irudi mugatua den egoera berezietan izan ezik; kasu horretan, EAVren bidez erauzteko aukera egongo litzateke, diziplina anitzeko batzordeak hala erabakitzen badu. Gomendatutako jarraipena urtean behingo mamografia da (adin-muga Bularreko Unitateak arrisku-pazienteen jarraipen mamografikorako erabakitzen duena izango da).

- **Lesio papilarra (LP)**

Lesio papilar bakar bat ikusten bada iruditan, EAVren bidez erauzi beharko litzateke. EAVk guztiz kendu ezin dituen lesioek erauzketa irekia behar dute. Papilomatosiaren datu iradokitzaileak ez duten EAV bidez kendutako lesioen kasuan, jarraipena ekografiarekin egingo da 6 hilabeteren buruan, eta mamografiarekin eta ekografiarekin 12 hilabeteren buruan, papiloma-hondarren presentzia baztertzeko. Papilomaren hondarrak ez badago, ez da kontrol gehiagorik egin behar, sintomatologia berria agertu ezean. Adinaren arabera baheketa.

- **Phyllodes tumorea (TP)**

BAG bidez diagnostikatzen den TP bat erauzi egin beharko litza-teke marjina garbiko kirurgia irekiaren bidez. Ezustean hondar-irudirik gabeko BAV bakoitzeko TPE bat aurkitzen bada, zaintza justifikatuta dago TP onberentzat, eta borderline eta gaiztoentzat, berriz, erauzketa kirurgikoa egin behar da marjina garbiak lortzeko. Phyllode onberen jarraipena egiteko, mamografia eta ekografia bat egingo da kirurgia egin eta urtebetera, eta gero alta. Baheketa adina-ren arabera egingo da.

TP borderline eta gaiztoetan, jarraipena B5 lesioetan bezala egingo da.

- **Lesio esklerosatzeaila (LE) / Orbain erradiala (CR)**

LE bat, iruditan ikusten dena, EAVren bidez kendu beharko litza-teke. Mamografian ikusitako lesioaren erresekzio osoa ez da beha-rrezkoa izango 20 lagin baino gehiagoko BAV batean atipiarik ez badago. Jarraipena egiteko, mamografia bat egingo da urtebetera, eta irudia mamografiaz soilik ikusten bada, alta. Ekografia bidez ikusiz gero, 6 eta 12 hilabetera ekografia egingo da ekografia-hon-darra baztertzeko, eta urtebetera, mamografia. Adinaren araberako baheketa.

Gomendioak aurrekari histologiko arriskutsuak dituzten emakumeentzat

BAG bidezko diagnostikoa	Erauzteko gomendioa	Jarraipena egiteko gomendioa
Hiperplasia duktal atipikoa (HDA)	Erauzketa kirurgikoa	Mx urtean behin gutxienez 5 urtetan Adinaren araberako baheketa
Atipia epitelial laua (AEP)	Erauzketa EAV bidez	Mx urtean behin gutxienez 5 urtetan Adinaren araberako baheketa
Lesio papilarra (LP)	Erauzketa kirurgikoa edo EAV bidez	Ekografia 6 hilabetera Mx eta ekografia 12 hilabetera Hondarrrik ez badago, adinarekin araberako baheketa
Phyllodes tumorea (TP)	Erauzketa kirurgikoa marjin zabalarekin	Mamografia eta ekografia urtera Hondarrrik ez badago, adinarekin araberako baheketa
Les. esklerosatzailea (LE) / Orbain erradiala (CR)	Erresekzioa EAV bidez	Mamografia 12 hilabetera Ekografia 6 eta 12 hilabetera [ekografia bidez ikusten bada] Adinaren araberako baheketa
Lobulu-neoplasia (NL)	Erauzketa kirurgikoa salbuespena izan ezik	Urtean behingo jarraipena Bularreko Unitateak erabaki arte

2.5. AURRETIAZKO BULARREKO KARTZINOMA DUTEN EMAKUMEAK

Bularreko minbiziaren diagnostikoa da Bularreko Minbizia Goiz Detektatzeko Programatik kanpo geratzeko arrazoi bakarra. Aldez aurretik bularreko minbizia duten emakumeek jarraipen espezifikoa egin behar zaie, bularreko minbizia tratatzeko ospitaleetako bularreko patologia-unitateen bidez.

3. BULAR-PROTESIAK DITUZTEN EMAKUMEAK

Bular-protesiak arrazoi estetikoengatik ezarri dira kasuen % 80an baino gehiagotan, eta mamografia bidezko baheketa da oraindik ere emakume horientzat ere gomendatutako baheketa-prozedura.

19

Protesi estetikoak dituzten emakumeen bularreko minbiziaren baheketa adinaren arabera egingo da, Goiz Detektatzeko Programaren bidez, 50 eta 69 urte bitarteko eta 40 eta 49 urte bitarteko emakumeen kasuan, baldin eta bularreko minbiziaren lehen mailako familia-aurrekariak badituzte.

Hala ere, inplanteak dituzten emakumeek mamografiak egiteak zenbait berezitasun ditu, probaren eraginkortasunarekin eta mamografia egiteak eragin ditzakeen ondorioekin lotuta, eta emakume horiek mamografiak egitearen onuren eta arriskuen berri eman beharko zaie. (Ikusi Eranskina)

Gainera, kirurgiatik hilabete batzuk igaro ondoren, bular-protesiak dituzten eta bular-bolumena handitu zaien edo larruazala gorrituta duten paziente guztiei kontsulta egitea gomendatzen zaie, haien kirurgialari plastikoarekin (protesi estetikoak bada) edo ginekologoarekin (berre-raikuntza bat bada), protesia behar bezala ebaluatzeko.

Bular-protesi estetikoaren integritate-egoera baloratzeko, emakumeak inplantazioa egin zuen kirurgialariarengana deribatuko dira.

**IRUDI-AZTERKETA
EMAKUME
SINTOMATIKOEN
KASUAN**

Emakume **sintomatikoen** balorazioa dagokion ginekologia zerbitzuak egingo du, adina edozein dela ere. Zerbitzu horrek irudi bidezko azterketa egitea egokia den eta hura egiteko lehentasuna adieraziko ditu.

Mamografia da egin beharreko lehen azterketa 40 urtetik gorako emakumeei bulto hautemangarri bat dutenean eta azken azterketa mamografikoa egin zenetik gutxienez 6 hilabete igaro direnean. Denbora gutxiago igaro bada, ekografia egingo da lehendabizi.

Bularreko ekografia izango da egin beharreko irudi-proba lesio onberaren susmoa duten 40 urtetik beherako emakume gazteengan, bularreko minbiziaren familia-aurrekaririk ez badute. Ekografia, gainera, mamografiaren osagarria da, eta bularretako lesioen ezaugarriak zehazteko eta prozedura interbentzionisten gida gisa balio du. Halaber, haurdun dauden edo bularreko haurrak dituzten emakumeei eskatu beharreko lehen irudi-proba da.

Erresonantzia magnetikoa ezin da izan lehen proba masa hautemangarri bat diagnostikatzeko.

**ONBERA IZATEKO
PROBABILITATEA
DUTEN LESIOAK
DITUZTEN
EMAKUMEEN
JARRAIPENA**

BIRADS 3 lesioak urtean behin kontrolatu behar dira, 2 urte bete arte. 6 hilabetetan kontrol bat gehitu ahal izango da, irizpide erradiologikoaren arabera. Azterketa histologiko bat egin behar da PAAF edo BAG bidez desadostasun kliniko-erradiologikoa dagoenean edo lesioak azterketa hori eskatzen duen irizpide erradiologikoren bat duenean. Onberatasun-azterketa anatomopatologikoa duten lesioen kasuan, haien ezaugarriak (tamaina, morfologia irudi-probetan, ezaugarri klinikoak) aldatzen badira jarraipena egin bitartean, beste azterketa histologiko bat egitea edo erauztea gomendatzen da.

BIBLIOGRAFIA

1. ACR. ACR BI-RADS Atlas® 5th Edition.
<https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Bi-Rads>
2. Ahn SK, Han W, Moon HG, Kim MK, Noh DY, Jung BW, Kim SW, Ko E. Management of benign papilloma without atypia diagnosed at ultrasound-guided core needle biopsy: Scoring system for predicting malignancy. *Eur J Surg Oncol*. 2018 Jan;44(1):53-58. doi: 10.1016/j.ejso.2017.10.214. Epub 2017 Nov 13. PMID: 29174198.
3. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, McTiernan A; WHI Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA*. 2003 Jun 25;289(24):3243-53. doi: 10.1001/jama.289.24.3243. PMID: 12824205.
4. Chen WY. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer risk: current status and unanswered questions. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2011 Sep;40(3):509-18, viii. doi: 10.1016/j.ecl.2011.05.006. Epub 2011 Jul 12. PMID: 21889717; PMCID: PMC3167091.
5. Criterios de actuación para el cribado, diagnóstico y seguimiento radiológico de la patología mamaria. Servicio Cántabro de SALUD 2018
6. Ditsch N, Untch M, Thill M, Müller V, Janni W, Albert U, -S, Bauerfeind I, Blohmer J, Budach W, Dall P, Diel I, Fasching P, A, Fehm T, Friedrich M, Gerber B, Hanf V, Harbeck N, Huober J, Jackisch C, Kolberg-Liedtke C, Kreipe H, -H, Krug D, Kühn T, Kümmel S, Loibl S, Lüftner D, Lux M, P, Maass N, Möbus V, Müller-Schimpfle M, Mundhenke C, Nitz U, Rhiem K, Rody A, Schmidt M, Schneeweiss A, Schütz F, Sinn H, -P, Solbach C, Solomayer E, -F, Stickeler E, Thomssen C, Wenz F, Witzel I, Wöckel A: AGO Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Patients with Early Breast Cancer: Update 2019. *Breast Care* 2019;14:224-245. doi: 10.1159/000501000
7. Evans, A., Trimboli, R.M., Athanasiou, A. et al. Breast ultrasound: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging. *Insights Imaging* 9, 449–461 (2018).
<https://doi.org/10.1007/s13244-018-0636-z>
8. Evidencia sobre la personalización del cribado poblacional del cáncer de mama. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Eskuragarri hemen:
https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2019/evidencia_personalizacion_cribado_cancer_mama_redets_AQuAS2019.pdf

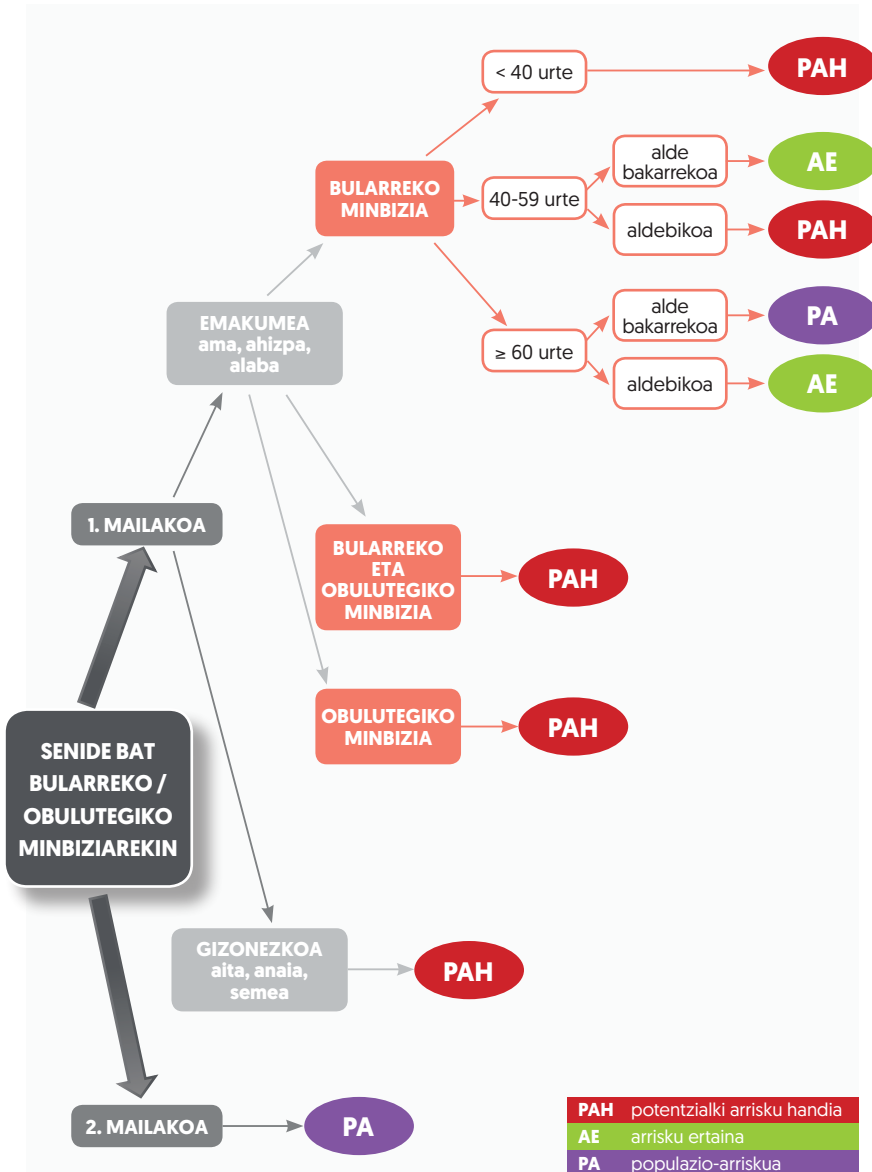
9. Linsk A, Mehta TS, Dialani V, Brook A, Chadashvili T, Houlihan MJ, Sharma R. Surgical upgrade rate of breast atypia to malignancy: An academic center's experience and validation of a predictive model. *Breast J.* 2018 Mar;24(2):115-119. doi: 10.1111/tbj.12885. Epub 2017 Aug 22. PMID: 28833923.
10. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, La Croix AZ, Chlebowski RT, Howard BV, Thomson CA, Margolis KL, Lewis CE, Stefanick ML, Jackson RD, Johnson KC, Martin LW, Shumaker SA, Espeland MA, Wactawski-Wende J; WHI Investigators. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA.* 2017 Sep 12;318(10):927-938. doi: 10.1001/jama.2017.11217. PMID: 28898378; PMCID: PMC5728370.
11. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 17;1(1):CD004143. doi: 10.1002/14651858.CD004143.pub5. PMID: 28093732; PMCID: PMC6465148.
12. Mooney KL, Bassett LW, Apple SK. Upgrade rates of high-risk breast lesions diagnosed on core needle biopsy: a single-institution experience and literature review. *Mod Pathol.* 2016 Dec;29(12):1471-1484. doi: 10.1038/modpathol.2016.127. Epub 2016 Aug 19. PMID: 27538687.
13. NCCN. Guidelines for Treatment of Cancer by Type. Breast cancer version 4.2021. <https://www.nccn.org/guidelines/recently-published-guidelines>
14. Pardo R, Quintana R, Piñero A, Vázquez C, Cabañas J, Martínez Regueira y cols. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios. Documento de consenso (I): epidemiología, patogenia, clínica y diagnóstico. *Rev Senol Patol Mamar.* 2019;32 (2):61---66
15. Pinkerton JV, Conner EA, Kautitz AM. Management of Menopause and the Role For Hormone Therapy. *Clin Obstet Gynecol.* 2019 Dec;62(4):677-686. doi: 10.1097/GRE.0000000000000487. PMID: 31503029.
16. Preibsch H, Wanner LK, Staebler A, Hahn M, Siegmann-Luz KC. Malignancy rates of B3-lesions in breast magnetic resonance imaging - do all lesions have to be excised? *BMC Med Imaging.* 2018 Sep 10;18(1):27. doi: 10.1186/s12880-018-0271-7. PMID: 30200900; PMCID: PMC6131767.
17. Protocolo de seguimiento en el Hospital Universitario de Cruces para la detección precoz del cáncer de mama para pacientes supervivientes de la enfermedad de Hodgkin. Gu-rutzetako Ospitalea, 2021eko urria

18. Rageth CJ, O'Flynn EAM, Pinker K, Kubik-Huch RA, Mundinger A, Decker T, Tausch C, Dammann F, Baltzer PA, Fallenberg EM, Foschini MP, Dellas S, Knauer M, Malhaire C, Sonnenschein M, Boos A, Morris E, Varga Z. Second International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Apr;174(2):279-296. doi: 10.1007/s10549-018-05071-1. Epub 2018 Nov 30. Erratum in: *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Jul;176(2):481-482. PMID: 30506111; PMCID: PMC6538569.
19. Red de Programas de Cribado de cáncer. Documento de consenso. Manejo de las lesiones histológicas de alto riesgo en los programas de cribado de cáncer de mama. 2017ko azaroa. Eskuragarri hemen: http://www.cribadocancer.com/imagenes/archivos/DOCUMENTO_CONSENSO_LESIONES_BENIGNAS_ALTO_RIESGO.pdf
20. Red de Programas de Cribado de Cáncer. Manejo de las mujeres con prótesis mamarias y otras técnicas estéticas en los programas poblacionales de cribado. 2014ko ekaina. Eskuragarri hemen : http://www.cribadocancer.com/imagenes/archivos/PROTOCOLO_PROTE-SIS_2014.pdf
21. Richter-Ehrenstein, C., Maak, K., Röger, S. et al. Lesions of “uncertain malignant potential” in the breast (B3) identified with mammography screening. *BMC Cancer* 18, 829 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4742-6>
22. Shaaban, A.M., Sharma, N. Management of B3 Lesions—Practical Issues. *Curr Breast Cancer Rep* 11, 83–88 (2019). <https://doi.org/10.1007/s12609-019-0310-6>
23. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Manual de práctica clínica en senología. 2019ko edizioa.
24. The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2017 Jul;24(7):728-753. doi: 10.1097/GME.0000000000000921. PMID: 28650869.

ERANSKINAK

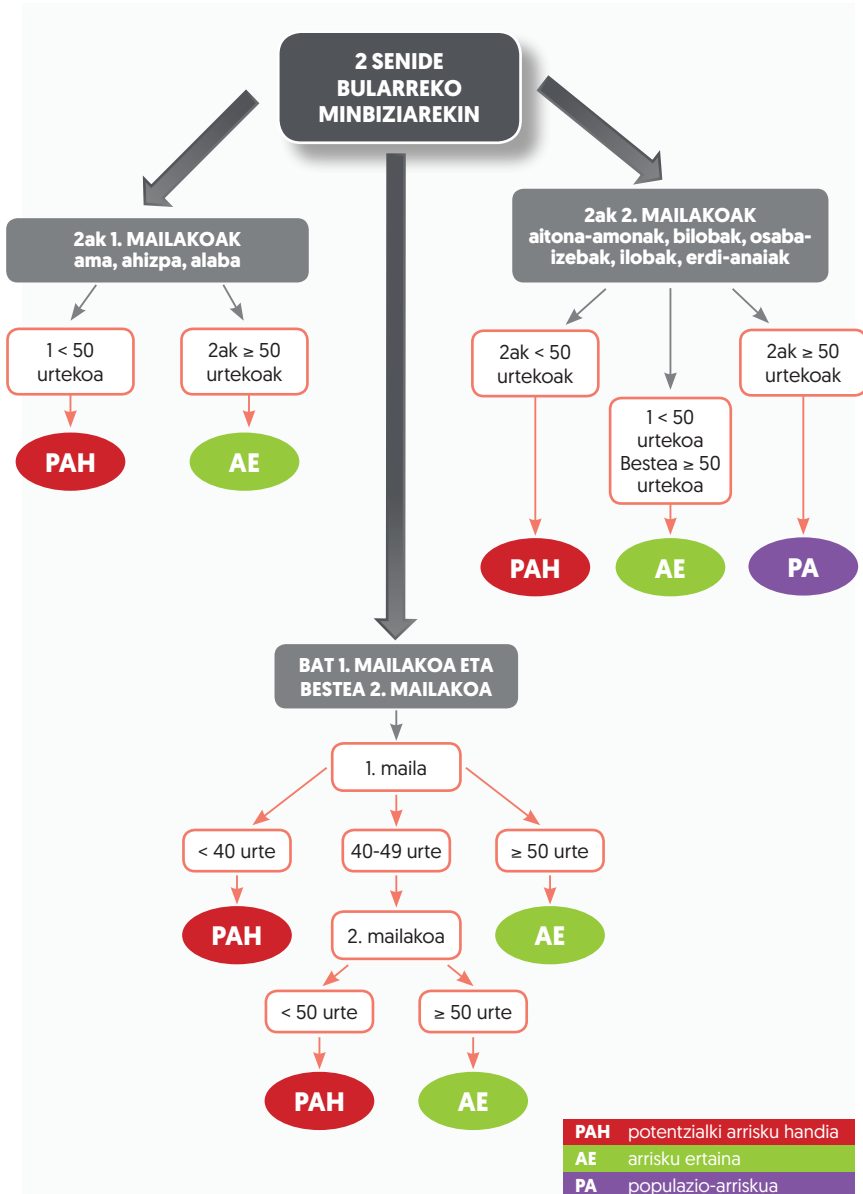
ARRISKUAREN SAILKAPENA, BULARREKO ETA OBULUTEGIKO MINBIZIAREN FAMILIA-AURREKARIEN ARABERA

-AURREKARI BAT-



ARRISKUAREN SAILKAPENA, BULARREKO ETA OBULUTEGIKO MINBIZIAREN FAMILIA-AURREKARIEN ARABERA

-BI AURREKARI-



MAMOGRAFIA EGIN AURREKO INFORMAZIOA, BULAR-PROTESIAK DITUZTEN EMAKUMEENTZAT

Bularreko minbizia goiz detektatzeko modurik eraginkorrena, gaur egun, mamografiak aldizka egitea da, eta inplante estetikoak dituzten emakumeentzat ere gomendatzen da prozedura hori.

Hala ere, inplanteak dituzten pazienteei mamografiak egiteak baditu berezitasun batzuk, probaren eraginkortasunarekin edo **horrek ekar ditzakeen** arriskuekin zerikusia dutenak, eta horiek direla eta komeni da informazio-dokumentu hau sinatzea.

Berezitasun horien artean, honako hauek ditugu:

- Ez da gomendatzen mamografiak protesiak ezarri eta 4 hilabete igaro baino lehen egitea. Egoera horretan bazaude, atzeratu egin behar duzu miaketa.
- Bular-protesiak X izpien aurrean opakua dira, eta bularra uniformeki konprimitzea eragozten dute. Horren ondorioz, protesiak dituen emakume baten mamografia kalitate txikiagokoa da eta, gainera, baliteke bularreko ehunaren zati bat ez ikustea; horrek guztiak egindako mamografiaren fidagarritasuna murriztu dezake eta bularreko minbizia goiz detektatzea zaildu.
- Ohiko proiektzioak egingo dira, eta/edo berariazko beste bat ere, protesia atzerantz mugituz bularraren proiektzioa egiteko. Maniobra horri esker, ageriko bular-ehunaren kantitatea handitu daiteke.
- Protesiek iraupen mugatua dute, 10-20 urtekoa. Denboraren poderioz, kapsula hondatu egiten da, eta hausteko arriskua areagotu egiten da. Horregatik, nahiz eta oso gutxitan gertatu, protesiak aurretik hondatuta egon eta mamografia eginez gero, apurtzea gerta daiteke.
- PIP (Poly Implant Prothese) modeloko protesia badaramazu, mamografia egitean apurtzeko arriskua are handiagoa da. Hori dela

eta, kirurgialariarengana joatea gomendatzen dizugu, protesien egoera baloratzeko.

- Zure protesiarekin lotutako sintomaren bat nabaritu baduzu (forma-aldaketa, hantura, mina, kontraktura), jakinarazi egin beharko duzu mamografia egin aurretik; izan ere, kasu horretan, litekeena da atzeratu egin behar izatea.

Kontuan izan programaren mamografiaren helburua bularreko minbizia detektatzea dela, eta ez zure protesien egoera baloratzea. Hala ere, zure inplanteen egoeran anomaliaren bat hautematen bada, jakinarazi egingo zaizu, egokitatzat jotzen dituzun neurriak har ditzazun.

Nik, andreak,

NAN zenbakidunak, dokumentu honetako informazioa irakurri eta ulertu ondoren:

32

Onartzen dut mamografia egitea

Uko egiten diot mamografia egiteari

Data: Sinadura:

BULARREKO NODULU HAUTEMANGARRIAREN AZTERKETA

