

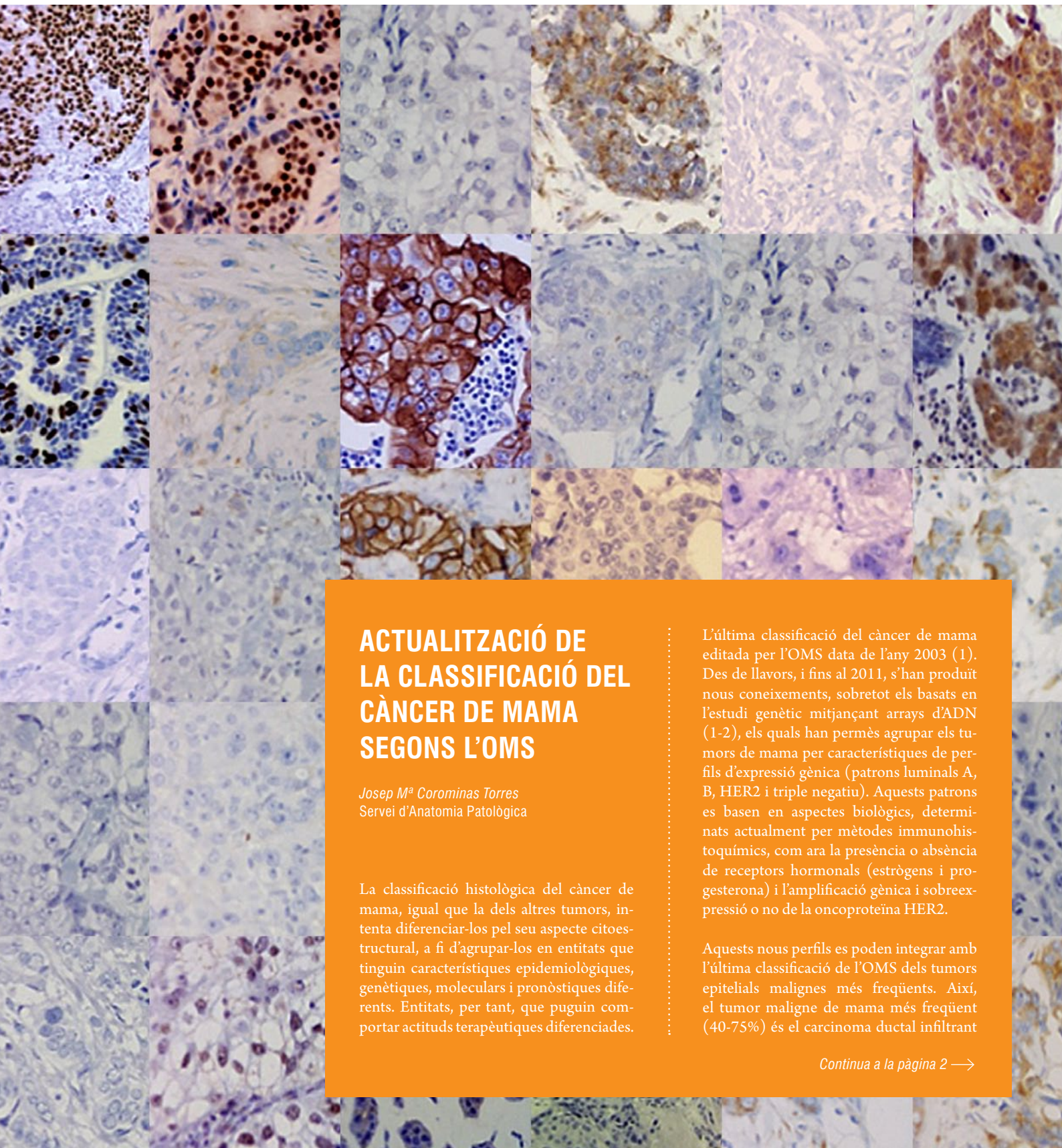
núm 26
Novembre 2012

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA

Hospital
del Mar

Parc
de Salut
MAR
Barcelona

Hospital del Mar
T. 93 248 30 78, F. 93 248 34 96
Hospital de l'Esperança
T. 93 367 43 14
pcmama@hospitaldelmar.cat



ACTUALITZACIÓ DE LA CLASSIFICACIÓ DEL CÀNCER DE MAMA SEGONS L'OMS

Josep M^a Corominas Torres
Servei d'Anatomia Patològica

La classificació histològica del càncer de mama, igual que la dels altres tumors, intenta diferenciar-los pel seu aspecte citoestructural, a fi d'agrupar-los en entitats que tinguin característiques epidemiològiques, genètiques, moleculars i pronòstiques diferents. Entitats, per tant, que puguin comportar actituds terapèutiques diferenciades.

L'última classificació del càncer de mama editada per l'OMS data de l'any 2003 (1). Des de llavors, i fins al 2011, s'han produït nous coneixements, sobretot els basats en l'estudi genètic mitjançant arrays d'ADN (1-2), els quals han permès agrupar els tumors de mama per característiques de perfils d'expressió gènica (patrons luminals A, B, HER2 i triple negatiu). Aquests patrons es basen en aspectes biològics, determinats actualment per mètodes immunohistoquímics, com ara la presència o absència de receptors hormonals (estrògens i progesterona) i l'amplificació gènica i sobreexpressió o no de la oncoproteïna HER2.

Aquests nous perfils es poden integrar amb l'última classificació de l'OMS dels tumors epitelials malignes més freqüents. Així, el tumor maligne de mama més freqüent (40-75%) és el carcinoma ductal infiltrant

Continua a la pàgina 2 →

RE	RP	HER2	EGFR	CK5/6	CK17/18		INMUNOFENOTIPS DELS SUBTIPUS MOLECULARS DE CÀNCER DE MAMA
						LUMINAL A	Nielsen TO et al. 2004 Clin Can Res
						LUMINAL B	Livasy CA et al. 2006 Mod Pathol
						HER2	
						BASAL-LIKE	
						NORMAL	

(carcinoma infiltrant de tipus no especial NST), amb diferents patrons de creixement i graus histològics. Aquest tipus de tumor pot presentar tots quatre perfils: a) luminal A (RE+, RP+, HER2-, amb índex de proliferació <14%); b) luminal B (RE+, RP+/-, HER2 +/-, amb índex de proliferació >14%); c) HER2 (RE-/+ , RP-/+ , HER2+) i d) triple negatiu (RE-, RP-, HER2-). Normalment els patrons luminals A i B corresponen a graus histològics I i II i alguns III; els HER2, a graus III i alguns II, i els triples negatius a graus III. Aquest últim perfil es correspon, en la classificació de l'OMS, al carcinoma ductal infiltrant de tipus pleomòrfic i, en un percentatge alt de casos, es corresponen a tumors amb immunofenotip basal (expressió de marcadors de cèl·lula basal i mioepiteliais: queratina 5, vimentina, sobreexpressió d'EGFR, etc.).

El carcinoma lobel·lar (5-15 %) de tipus clàssic (baix grau) presenta patrons luminals A o B; en els de tipus pleomòrfic (alt grau), pot haver-hi casos de patró HER2. El carcinoma tubular (2 %) i el carcinoma clivellat (0,8-3,5 %) presenten patró luminal A. El carcinoma medul·lar (1-7%) té un patró triple negatiu, amb un immunofenotip ba-

sal. El carcinoma mucinos (2 %) i el carcinoma papil·lar (1-2%) presenten un patró luminal A o B.

Els tumors neuroendocrins (2-5%) presenten un immunofenotip endocrí (expressió de cromogranina, sinaptofisina, enolasa neural específica, CD56). Els carcinomes neuroendocrins sòlids i de cèl·lula gran solen tenir patrons A o B, mentre que els de cèl·lula petita solen ser triples negatius. El carcinoma apocrí (0,3-4%) expressa la proteïna GCDFP-15 i té un patró triple negatiu, igual que el grup de carcinomes metaplàstics (< 1 %). El carcinoma ric en lípids (<1-6%) i ric en glicogen (1-3%) poden tenir patrons A, B i triple negatiu, mentre que el carcinoma adenoide cístic (< 0,1 %) presenta un immunofenotip basal i un patró triple negatiu.

Com es pot veure, les dues formes de classificació no són excloents, sinó complementàries: mentre que la de l'OMS ens proporciona les agrupacions clínic-patològiques, amb correlació dels factors pronòstics, aquesta nova agrupació per perfils genètics ens dona una visió individualitzada dels factors predictius i, per tant, de la presa de decisió del tractament més adequat.

Nota: Havent escrit ja el present article, ha sortit publicada la nova classificació de l'OMS de càncer de mama 2012 (3). Aquesta nova classificació no presenta grans variacions en relació amb l'anterior. Els principals canvis són la inclusió dels diferents subtipus de carcinoma lobel·lar infiltrant, el concepte de carcinoma amb patró medul·lar i diferents entitats que s'han inclòs dintre de les lesions papil·lars. A més, en aquesta nova edició hi ha un capítol dedicat a les síndromes de càncer hereditàries i de risc genètic (en la introducció ja es fa esment dels tests moleculars de factors predictius i dels patrons d'expressió).

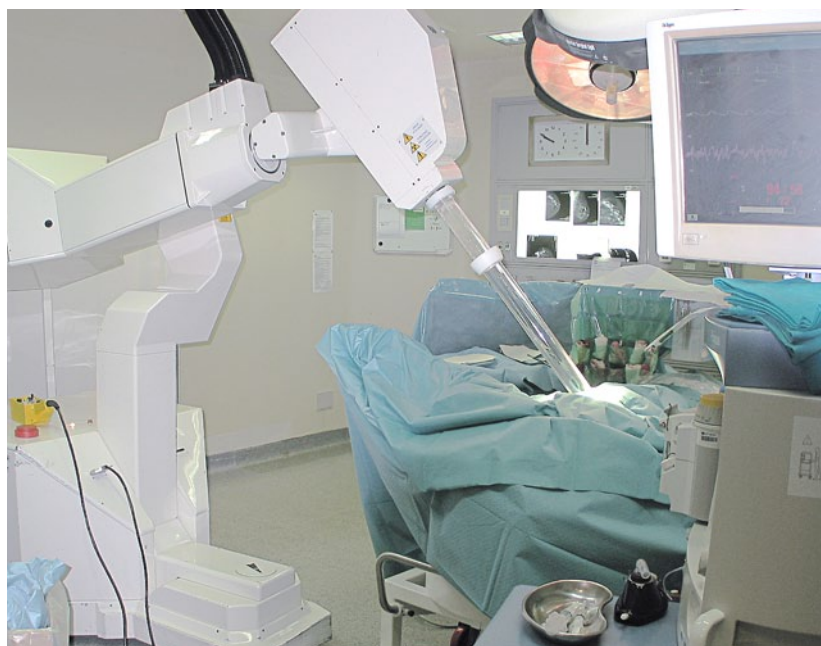
(1) WHO Classification of tumours. Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Edited by Fattaneh A. Tavassoli & Peter Devilee. Lyon 2003

(2) Perou CM, Sorlie T, Eisen MB et al. Molecular portraits of human breast tumours. Nature 2000, 406:747-52

(3) WHO Classification of tumours of the Breast (4th Edition). Edited by Sunil R. Lakhani, Ian O. Ellis, Stuart J. Schnitt, Puay Hoon Tan, Marc J. Van de Vijver. Lyon, 2012

RADIOTERÀPIA INTRAOPERATÒRIA EN EL CÀNCER DE MAMA

Xavier Sanz Latiesas
Servei d'Oncologia Radioteràpica



El tractament del càncer de mama en estadis inicials està presentant canvis continus en l'estratègia terapèutica, de forma que ha anat esdevenint cada vegada més personalitzada. En pacients amb factors de bon pronòstic, la irradiació parcial de la mama ha esdevingut ja una realitat, i així, a partir dels consensos dels grups de ASTRO i GEC-ESTRO, s'han pogut establir ja uns grups de malalties en què la irradiació parcial es pot administrar fora d'un assaig clínic. Les diferents tècniques emprades inclouen la braquiteràpia (intersticial o bé amb sistemes de balonet inflable tipus MammositeR o similars), radioteràpia externa amb fotons o electrons, i radioteràpia intraoperatòria amb electrons procedents d'acceleradors lineals dedicats o bé amb fotons de baixa energia. Actualment hi ha diversos assaigs aleatoritzats en curs (RTOG 0319, GEC-ESTRO, IMPORT LOW, RAPID, IEO-ELIOT, Targit), en pacients de més de 45-50 anys (amb carcinoma ductal infiltrant unifocal, de mida fins a màxim 3 cm, marges i ganglis negatius), que comparen la irradiació parcial de la mama, amb les diferents tècniques ressenyades, i la radioteràpia externa estàndard.

La irradiació intraoperatòria, dirigida directament al llit tumoral, és una modalitat realitzada durant el procediment quirúrgic de la qual existeixen experiències que es remunten a l'any 1906. S'ha emprat en diverses localitzacions tumorals, fonamentalment abdominals. En el cas del càncer de mama, els avantatges principals de l'abordatge intraoperatori són: el fet d'administrar el tractament prèviament a la proliferació cel·lular residual; el disposar d'una major vascularització, que facilita la radiosensibilització; la visualització directa del teixit a risc de presentar residu tumoral, amb la consegüent

disminució de pèrdua geogràfica; la separació i protecció dels teixits sensibles circumdants, i la disminució del temps total de tractament, amb absència de retard en el tractament sistèmic quan la irradiació intraoperatòria es fa en dosi única exclusivament. En aquest últim cas la dosi administrada és de 21 Gy.

Una altra opció de tractament, aplicant la radioteràpia intraoperatòria en estadis inicials quan no es compleixen tots els criteris de baix risc, és realitzar-la com a sobredosificació del llit tumoral, administrant una dosi de 12 Gy i després completant postoperatoriament la irradiació global de la mama amb fraccionament normal, o més recentment hipofraccionat, el qual provoca una reducció dràstica de la durada de temps dedicat a la irradiació. Una altra aplicació del tractament amb radioteràpia intraoperatòria és la irradiació immediata del complex arèola-mugró després de la realització d'una mastectomia preservadora del mugró, en casos de carcinoma ductal extens i prèviament a una reconstrucció immediata.

L'estada a l'Istituto Europeo di Oncologia, a Milà (Itàlia), auspiciada pel nostre centre, ens ha permès l'aprenentatge de la tècnica en aquest centre, pioner en la radioteràpia intraoperatòria amb electrons mitjançant acceleradors lineals portàtils dedicats i desplaçables, ja que en disposen de dues unitats (LIAC i Novac7), emprades en diversos quiròfans. El procediment habitual consisteix en la realització de la tumorrectomia o quadrantectomia, que normalment arriba fins a la fàscia del pectoral, alliberant-la per a facilitar posar-hi un disc protector davant de la paret toràcica, cosa que permet la protecció dels teixits subjacents. Es realitza una aproximació del teixit pròxim a la tumoració, que és el

que queda exposat per a la irradiació, mitjançant un feix d'electrons que s'administra a través d'un aplicador cilíndric que roman en contacte amb la pacient (figura 1). Després del càlcul immediat del temps d'irradiació en funció del gruix de teixit, diàmetre de l'aplicador i energia del feix, s'administra el tractament a la dosi establerta, de forma que el temps de tractament no supera els 2 minuts. El procediment de la radioteràpia intraoperatòria allarga el temps quirúrgic només uns 15-20 minuts en total. Des del punt de vista de radioprotecció no requereix més mesures que les de reubicar el personal sanitari fora del quiròfan i col·locar panells deflectors al voltant i sota la pacient, i darrera la porta d'entrada, durant el temps que dura l'administració de la irradiació, comandada des d'una consola externa.

L'experiència acumulada pel grup italià, amb més de 3.500 pacients tractades dintre i fora de l'assaig IEO-ELIOT, avala uns resultats d'una taxa de control local del 97 % a 5 anys, amb una toxicitat aguda mínima i un bon resultat estètic. L'alternativa a la irradiació amb acceleradors portàtils d'electrons és el sistema Intrabeam, amb fotons de 50 KV, que ofereix resultats similars, si bé els assaigs reportats de l'estudi Targit disposen de menys seguiment. Aquesta alternativa té el desavantatge d'allargar més la durada de la cirurgia, atès que requereix uns 20 minuts d'irradiació. En contrapartida, el cost inicial de l'aparellatge és sensiblement inferior.

En conclusió, la radioteràpia intraoperatòria té el seu lloc en el tractament del càncer de mama en estadis inicials i s'ha convertit en una opció vàlida de tractament que pot fins i tot fer canviar l'estratègia i seqüència de tractaments locals i sistèmics.

CÀNCERS D'INTERVAL EN ELS PROGRAMES DE CRIBRATGE D'ESPANYA. PROJECTE INCA

Laia Domingo Torrell, Maria Sala Serra
Servei d'Epidemiologia i Avaluació

L'objectiu principal dels programes de detecció precoç de càncer de mama és la disminució de la mortalitat per aquesta malaltia mitjançant la detecció de tumors en fase asimptomàtica, generalment en estadis poc avançats. Tot i complir les màximes garanties de qualitat del cribratge, hi ha sempre un percentatge de càncers (entre el 20 i 25%) que no es detecten en les mamografies rutinàries i que es manifesten clínicament en l'interval entre dues mamografies, és a dir, abans d'haver passat dos anys de l'última mamografia negativa. Aquests tumors s'anomenen càncers d'interval i són un aspecte intrínsec i, en part inevitable, dels programes de detecció precoç.

A diferència dels càncers detectats durant les proves de cribratge, els càncers d'interval generalment es diagnostiquen en fase clínica, és a dir, en estadis més avançats, fet que s'associa a un pitjor pronòstic. A partir de la revisió i comparació entre l'última mamografia de cribratge i la mamografia del diagnòstic és possible classificar-los en quatre subtipus: 1) veritables càncers d'interval: no hi havia cap signe de sospita en la mamografia de cribratge, és a dir, el tumor ha aparegut durant l'interval entre mamografies; 2) falsos negatius: en la mamografia de cribratge ja s'identificava un tumor que no va ser diagnosticat; 3) signes mínims: en la mamografia de cribratge hi havia certes lesions que podien ser sospitoses de malignitat; 4) tumors ocults: tumors no detectables mitjançant la mamografia.

EL REPTA D'ESTUDIAR ELS CÀNCERS D'INTERVAL

L'estudi dels càncers d'interval és complex i requereix el seguiment de la població que participa en els programes poblacionals de cribratge (mitjançant seguiment actiu, creuament de bases de dades, etc.), per tal de poder identificar els diagnòstics de càncer de mama fora del circuit del programa. Tanmateix, és un aspecte clau per valorar la sensibilitat i l'efectivitat del cribratge.

La dificultat que suposa la identificació i classificació dels tumors fa que a nivell internacional hi hagi pocs treballs capaços de caracteritzar els càncers d'interval. El nostre equip ha liderat el projecte INCA, que engloba dades de 7 programes de detecció precoç de càncer de mama espanyols i que té per objectiu determinar els factors de risc de càncer d'interval i aprofundir en el coneixement de la seva biologia, amb la perspectiva d'aportar dades útils que permetin millorar l'efectivitat del cribratge.

EI PROJECTE INCA. PRIMERS RESULTATS

La cohort INCA té informació de totes les dones cribrades en el període 2000-2006 (i seguides fins al 2009) que han participat en els programes de Galícia, País Basc, València, Canàries i Catalunya (Girona, Sabadell i Hospital del Mar). Disposem d'informació d'1.508.584 mamografies de cribratge de 645.765 dones, entre les quals s'han diagnosticat 5.309 càncers de cribratge i 1.680 càncers d'interval.

La incidència de càncer d'interval en el conjunt dels 7 programes de cribratge és de 1,11 càncers per cada 1.000 participacions, taxa que oscil·la entre 0,92 i 1,15 entre programes. Durant el mateix període, la taxa de càncers detectats en el cribratge fou de 3,51 per mil (rang: 2,93-4,17). Entre els càncer d'interval, el 48,3% eren veritables càncers d'interval, el 23,2%, falsos negatius, l'11,3% signes mínims i el 17,2% restant, tumors ocults.

Per als programes que al llarg del període d'estudi van canviar de tècnica mamogràfica, el percentatge de càncer d'interval entre les mamografies realitzades en digital i en analògic no varia de manera significativa (Taula 1).

En el moment del diagnòstic els càncers d'interval eren més grans, presentaven un major percentatge d'afectació ganglionar i un ma-

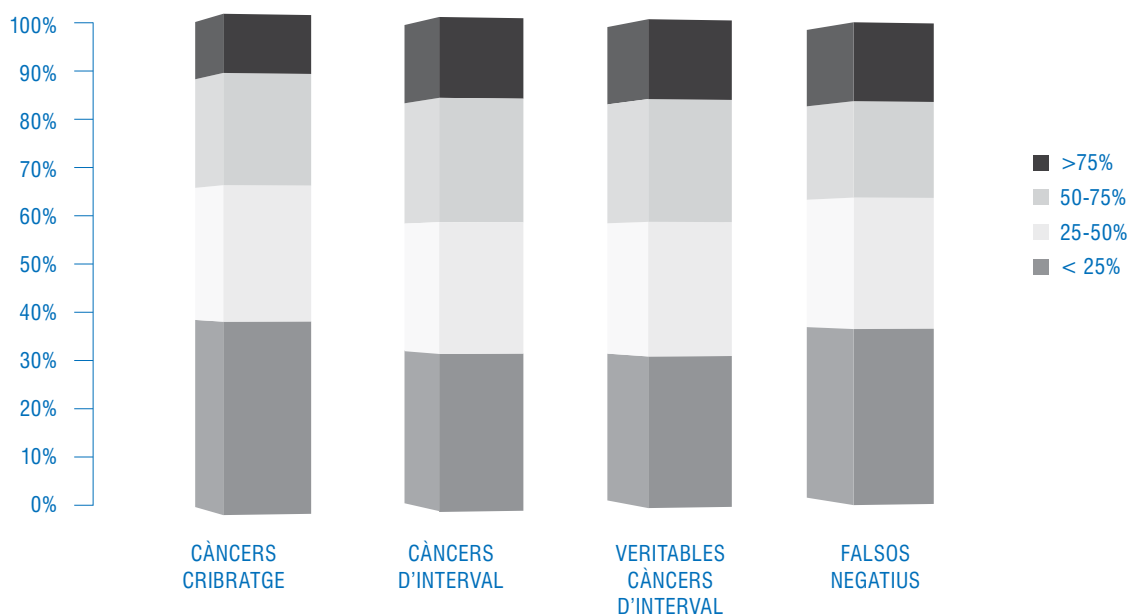
jor grau histològic que els tumors diagnosticats en el cribratge (Taula 2). A nivell molecular, entre els càncers d'interval trobem un major percentatge de tumors triple negatius (ER-, PR-, HER2-), tumors que no es poden beneficiar de les actuals teràpies adjuvants que milloren el pronòstic de la malaltia.

La densitat mamària ha estat proposada com a factor de risc de càncer de mama, tot i que actualment encara no s'han pogut descriure els mecanismes biològics que explicarien aquesta relació. S'ha apuntat un efecte emmascarador de les lesions mamogràfiques, relacionant l'elevada densitat mamària i una major susceptibilitat a errors de lectura. Hem observat que el percentatge de dones amb mames denses és superior entre les dones amb càncer d'interval, tant si presenten veritables càncers d'interval com tumors falsos negatius (Figura 1).

Com a conclusions d'aquest estudi, destaquem que les taxes de càncer d'interval i de càncers de cribratge es troben dins dels valors desitjables, tot i existir certa variabilitat entre programes. Els veritables càncers d'interval representen prop de la meitat del total de càncers d'interval i presenten diferències clíniques i biològiques associades a un pitjor pronòstic i una major agressivitat. Això els converteix en un grup d'especial interès on caldrà centrar esforços i potenciar la detecció precoç. Finalment, en el nostre context sembla que la introducció de la mamografia digital no ha suposat un augment significatiu del nombre de càncers d'interval. Aquesta dada, sumada al fet que amb la introducció de la mamografia digital han disminuït el nombre de falsos positius, fa pensar que aquesta tècnica, a igualtat de precisió diagnòstica, està permetent disminuir els efectes adversos derivats del cribratge.

FIGURA 1

Distribució de la densitat mamària, segons l'escala BI-RADS, entre els tumors detectats en el cribratge i els càncers d'interval (veritables càncers d'interval i falsos negatius)



TAULA 1

Taxa de càncers detectats en el cribratge i en l'interval en els programes amb mamografia analògica i digital (València i Catalunya)

	MAMOGRAFIA ANALÒGICA		MAMOGRAFIA DIGITAL		p VALOR
	n = 430.831	%	n = 78.322	%	
CÀNCERS DETECTATS EN EL CRIBRATGE	1.676	3,89	325	4,15	0,302
CÀNCERS D'INTERVAL	510	1,19	108	1,38	0,165
TIPUS DE CÀNCERS D'INTERVAL					
Veritables càncers d'interval	145	50,1	43	60,5	
Falsos negatius	57	19,7	19	26,7	
Tumors ocults	39	13,4	3	4,2	
Signes mínims	48	16,6	6	8,4	0,026

TAULA 2

Comparació de les característiques biològiques dels càncers invasius detectats en el cribratge i els càncers d'interval (veritables càncers d'interval i falsos negatius).

	CÀNCERS CRIBRATGE		CÀNCERS D'INTERVAL (TOTS)		VERITABLES INTERVALS		FALSOS NEGATIUS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MIDA DEL TUMOR (mm)	15,4		23,2		24,3		23,2	
AFECTACIÓ GANGLIONAR								
No	2632	76,0	748	57,4	223	53,6	111	56,6%
Sí	831	24,0	556	42,6	193	46,4	85	43,4%
GRAU HISTOLÒGIC								
I	666	32,9	195	16,3	57	14,9	41	21,4
II	872	43,1	512	42,9	150	39,2	88	45,8
III	417	20,6	464	38,9	171	44,6	61	31,8
NA	68	3,4	22	1,8	5	1,3	2	1,0
FENOTIP								
Luminal A	854	51,6	480	41,7	148	37,9	87	47,5
Luminal B	523	31,6	341	29,7	106	27,1	66	36,1
HER2	133	8,0	138	12,0	59	15,1	14	7,7
Triple negatiu	146	8,8	191	16,6	78	19,9	16	8,7

ELS BENEFICIS DEL CRIBRATGE

Francesc Macià Guilà
Servei d'Epidemiologia

Recentment (setembre 2012) ha sortit publicat un número monogràfic del Journal of Medical Screening sobre el cribratge de càncer de mama que, a partir de dades de programes europeus, revisa i sintetitza les publicacions sobre els beneficis (reducció de la mortalitat) i efectes adversos (sobrediagnòstic i falsos positius). La revisió de l'EUROSCREEN Working Group confirma el benefici del cribratge de càncer de mama (25-31% de reducció de la mortalitat per aquest tumor) i dona una estimació del sobrediagnòstic baixa-moderada (6,5%).

Els articles publicats es plantegen com una resposta a les crítiques que el cribratge ha sofert durant els darrers anys, liderades per membres de la Nordic Cochrane (els danesos Peter Gotzsche, Ole Olsen i Karsten Jorgensen), basades en dades de mortalitat i d'incidència.

En resum (Taula 1), els resultats principals són aquests:

BENEFICIS DEL CRIBRATGE

Els estudis considerats metodològicament vàlids indiquen una reducció de la mortalitat per càncer de mama del 25-31% en les dones invitades (i del 38-48% en les dones que participen en el cribratge). Cal dir que bona part de la controvèrsia sobre l'efectivitat de les programes de cribratge es basa en estudis de tendències de mortalitat, els quals tenen un valor molt limitat a l'hora d'avaluar-ne l'efecte.

TAULA 1

Estimacions per a un programa europeu amb cribratge biennal que comenci als 50/51 anys i finalitzi als 68/69 anys

	PER CADA 1.000 DONES CRIBRADES DURANT 20 ANYS (i seguides fins als 79 anys)	NOMBRE DE DONES QUE CAL CRIBRAR
CÀNCERS DIAGNOSTICATS	71 casos de càncer de mama	14 dones per diagnosticar 1 cas
REDUCCIÓ DE LA MORTALITAT	7-9 morts evitades (de 30 morts per càncer de mama esperades)	111-143 dones per salvar una vida
SOBREDIAGNÒSTIC	4 casos sobrediagnòstics (a afegir als 67 casos esperats)	Per cada 250 dones cribrades es produirà 1 cas de sobrediagnòstic
FALSOS POSITIUS	200 dones amb fals positiu: – 170 dones només procediments no invasius – 30 dones amb procediments invasius	Per cada 6 dones cribrades, 1 tindrà un fals positiu (com a mínim) i se li practican exploracions no invasives Per cada 33 dones cribrades, 1 tindrà un fals positiu (com a mínim) i se li practican proves invasives

Font: EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen 2012;19 Suppl 1:5-13.

SOBREDIAGNÒSTIC

L'estimació més plausible del sobrediagnòstic és del 6.5% (1-10%), es a dir, es diagnostiquen un 6.5% més de casos dels que s'haurien diagnosticat sense cribratge. Aquesta estimació queda molt allunyada dels valors del 50% o superiors de publicacions que utilitzen dissenys d'estudi i anàlisis no adequats.

FALSOS POSITIUS

El risc acumulat de fals positiu d'una dona de 50-51 anys que es cribra cada 2 anys fins als 68-69 anys és del 17% (per a procediments invasius i no invasius) i del 3% per a procediments invasius (biòpsies).

Per il·lustrar millor els beneficis del cribratge, l'EUROSCREEN Working Group proposa el següent exemple. Imaginem una petita ciutat d'Europa amb 1.000 dones residents d'entre 50-51 anys i en la qual no hi ha cap programa de detecció precoç de càncer de mama. Si aquestes dones són objecte de seguiment durant 30 anys fins que arribin a l'edat de 79, s'espera que un total de 67 dones seran diagnosticades de càncer de mama, de les quals 30 moriran a causa d'aquesta malaltia.

Per contra, imaginem ara una altra ciutat europea també amb 1.000 dones de 50-51 anys, però en la qual hi ha establert un programa poblacional de cribratge de càncer de mama que compleix les

directrius i els estàndards de qualitat europeus, i que les convida cada dos anys a fer-se la mamografia, durant 20 anys (és a dir, fins que han fet els 69). Si totes les dones accepten sempre la invitació al cribratge i en fem el seguiment igualment durant un període de 30 anys, entre aquestes 1.000 dones hi haurà 21-23 morts per càncer de mama, és a dir, 7.9 morts menys en comparació amb les 30 morts per càncer de mama de la ciutat on no hi ha programa.

Es tracta, doncs, d'una publicació important perquè aporta nova informació sobre el benefici del cribratge, basant-se en dades reals de programes europeus, alhora que posa molt d'èmfasi en la validesa metodològica dels dissenys i les anàlisis estadístiques dels estudis, que són la principal causa de la controvèrsia sobre aquest cribratge.

REFLEXIONS DES DE LA UNITAT DE CURES PAL·LIATIVES

Josep Planas Domingo
Unitat de Cures Pal·liatives

La Unitat de Cures Pal·liatives (UCP) del Parc de Salut Mar està ubicada a la sisena planta de l'Hospital de l'Esperança. Disposa actualment de 16 llits i atén cada any uns 330 malalts, dels quals el 90% estan diagnosticats de càncer avançat i terminal. La mitjana d'estada és de 16 dies, amb una mortalitat en el primer ingrés del 70-75%. Enguany l'experiència de la nostra UCP ha arribat ja als 20 anys.

En una breu revisió de 249 malalts amb càncer ingressats durant els 10 primers mesos de l'any 2011, vam identificar 18 dones (7,2%) amb càncer de mama, lluny, per exemple, dels 56 pacients amb càncer de pulmó o dels 28 amb càncer de còlon.

Si considerem el nombre de primeres visites a l'hospital, per localització tumoral, i el nombre de pacients ingressats a la UCP per la mateixa patologia, veiem que l'índex és de 8,6% en càncer de mama. En altres localitzacions aquesta proporció és més alta: 23,5% per al còlon-recte, 43,4% per al pulmó, 56,5% en càncer de pàncrees i 66,6% en tumors cerebrals. Aquesta relació ens proporciona una primera conclusió: ingresen poques dones amb càncer de mama en relació amb el nombre anual de diagnòstics. Aquesta és una conseqüència de les altres taxes de curació d'aquesta malaltia assolides en els darrers anys.

La mitjana d'estada de les 18 malaltes amb càncer de mama ingressades va ser de 11,2 dies. En relació a la destinació a l'alta, 12 (66%) van morir en el primer ingrés, 3 van tornar al domicili i 3 es van traslladar a centres de llarga estada. La mortalitat d'aquest grup de malaltes és similar a la mortalitat estàndard a la UCP. Tampoc no hi ha diferències en els símptomes més rellevants en comparació amb altres patologies, ja que els més prevalents han estat dolor, dispnea i síndrome confusional.

Com a primeres conclusions, podem afirmar que hi ha pocs ingressos a la UCP de persones amb càncer de mama en relació amb la incidència i



prevalença d'aquesta malaltia. La complexitat i les característiques clíniques són similars a les altres patologies tumorals; la mitjana d'estada ha estat clarament inferior (11,2 versus 16 dies).

La tendència en càncer de mama en els darrers anys ha evolucionat cap un augment de la curació i un increment de la cronicitat o de la llarga supervivència, de tal manera que s'està produint –excepte en casos de comportament molt agressiu– una profunda connivència de la dona amb la seva malaltia. Hi ha multitud de modalitats terapèutiques i, per tant, sempre hi haurà una altra línia de tractament possible. O almenys això pensen moltes pacients. Per aquest motiu, la malalta amb càncer de mama terminal afegirà la frustració de saber que el seu tractament s'ha esgotat quan la majoria de persones amb una situació semblant es curen o, si més no, segueixen en tractament oncoespecífic.

D'altra banda, la necessitat de suport psicològic és molt elevada en aquest grup de pacients, tant per la por a la malaltia en si mateixa com pel cansament dels tractaments, els controls i els efectes secundaris. A la UCP veiem sovint aquesta situació d'esgotament pels anys de lluita, de deteriorament progressiu de l'estat general, que ve acompanyat sovint d'un suport no sempre adequat per part de la parella i els fills.

La preocupació pels problemes no resolts de la resta de la família (pares, parella, fills, néts...) en persones que gairebé sempre han estat els puntals de tot l'entramat familiar, provoca un increment dels símptomes emocionals, sobretot l'ansietat i la depressió.

Així, doncs, les malaltes amb càncer avançat i terminal ingressades a la UCP representen un percentatge baix d'ingressos en relació amb la prevalença de la malaltia. En canvi l'impacte emocional és sovint elevat pel llarg recorregut de la malaltia i la presència de nombrosos problemes familiars i socials no sempre resolts.



XVI JORNADA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

Enguany celebrem la XVI Jornada sobre el Càncer de Mama organitzada pel Programa de detecció precoç de càncer de mama de l'Hospital del Mar.

El tema d'aquesta XVI Jornada serà la Personalització en el càncer de mama. Les taules rodones sobre diagnòstic i tractament comptaran amb la presència de reconeguts ponents, un d'ells internacional i referent en els seu camp: la Dra. Solveig Hofvind, del Departament d'Avaluació en Recerca i Registre del Càncer de Noruega. D'altra banda, la conferència magistral anirà a càrrec del professor Federico Rojo, patòleg de la Fundació Jiménez Díaz.

INSCRIPCIÓ

Les inscripcions es poden realitzar online a través de www.aulacampusmar.com o del link: [INSCRIPCIONS](#).

Fins al 31 de desembre es podrà optar al preu d'inscripció reduït: **40 euros**. A partir de l'1 de gener i fins el 20 de febrer el preu serà de **70 euros**.

Ho
de

Au

XVI
EL
PI
EL

Ho
Di



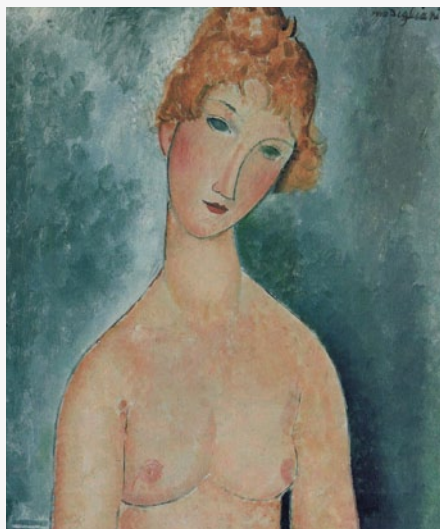
Aula Campus MAR



Programa de Detecció Precoç
del Càncer de Mama

XVI JORNADA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA: PERSONALITZACIÓ EN EL CÁNCER DE MAMA

Hospital del Mar
Divendres/**Viernes** 22/02/2013



Auditori PRBB
C/ Dr. Aiguader 88
08003 Barcelona

Reconegut d'interès
sanitari per l'Institut
d'Estudis de la Salut (IES)

Reconocido de interés
sanitario por el Institut
d'Estudis de la Salut (IES)

Sol·licitada l'acreditació
pel Consell Català de la
Formació Mèdica
Continuada (CCFMC),
Comissió de Formació
Continuada del Sistema
Nacional de Salut.

Solicitada la acreditación
por el Consell Català de la
Formació Mèdica
Continuada (CCFMC),
Comissió de Formació
Continuada del Sistema
Nacional de Salut.

UAB
Universitat Autònoma de Barcelona

**UNIVERSITAT
POMPEU FABRA**