



Programa de Prevenció Càncer de Mama

20
ANYS

Novembre '02

N. 12

Editorial:

La Unitat Funcional de Patologia Mamària: **una realitat**

Justificació

Les raons que justifiquen la necessitat d'organitzar una Unitat Funcional de Patologia Mamària són, en primer lloc, el fet que és una malaltia d'alta incidència i prevalença, generadora per tant d'una gran sensibilització social. En segon lloc, el procés diagnòstic i terapèutic requereix d'una protocolització estratègica entre diversos especialistes, fet que per si mateix suggereix un model organitzatiu àgil i eficaç per aconseguir la màxima supervivència i el mínim cost en morbiditat. Tant la responsabilitat dels professionals com la reclamació social implícita, obliguen a un disseny funcional competitiu que garanteixi una qualitat real i percebuda òptima.

En aquest sentit, hi ha exemples recents a Europa que han provocat una ràpida i contundent recomanació d'establir unitats de mama especialitzades. S'han definit també les guies assistencials per part de les diverses associacions dels professionals implicats, i també s'han ponderat els mètodes de control de qualitat en el procés assistencial. Tot això amb l'objectiu de facilitar als professionals una organització multidisciplinària òptima i instrumentar una sistemàtica assistencial amb garantia de qualitat a les pacients recentment diagnosticades.

En aquesta línia, entenem que la nostra institució ha d'articular un model organitzatiu competitiu en el nostre entorn immediat, fet que defineix la justificació d'una

unitat funcional centrada en aquesta patologia concreta.

Magnitud del problema

L'estimació d'incidència de càncer de mama a Espanya ha estat recentment publicada basant-se en les dades recopilades pels registres poblacionals homòlegs. Aquesta anàlisi situa la taxa ajustada d'incidència en 44,6 casos per 100.000 habitants, taxa inferior a la mitjana establerta entre els països d'Europa amb disponibilitat de registres poblacionals. Aquesta taxa ajustada suposa uns 17.000 casos nous anuals a tota Espanya, dels quals 3.000 corresponen a la incidència anual de Catalunya. Una visió panoràmica de l'evolució incident en els últims 30 anys d'aquesta neoplàsia en els països europeus, permet observar una tendència progressiva en les taxes d'incidència.

Malgrat això, la taxa de mortalitat per càncer de mama està millorant de manera ostensible des de mitjan anys noranta. Aquesta millora, també observada i constatada en els registres europeus i nord-americans, és atribuïble tant a la implantació de les campanyes de diagnòstic precoç com a una millora en l'estratègia terapèutica multidisciplinària, segons l'anàlisi epidemiològica efectuada pel Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group.

Anàlisi de l'entorn

L'anàlisi de les dades aportades per la Corporació Sanitària de Barcelona pel que fa a

la situació del càncer a la nostra ciutat durant l'any 2000, permeten descriure que l'IMAS representa aproximadament el 20% de l'atenció oncològica de la ciutat. Pel que fa referència específica del càncer de mama, l'IMAS va representar també el 20% de l'atenció hospitalària en el conjunt d'hospitals de la nostra ciutat.

Objectius generals i estratègics

Entenent que el Comitè de Patologia Mamària ha de continuar sent l'eix vertebrador dels diferents professionals, on es discuteixen els casos per a la seva avaluació, l'objectiu principal de la creació de la Unitat Funcional de Patologia Mamària ha de ser millorar el procés assistencial que es dona de forma multidisciplinària al voltant de la pacient atesa a l'hospital. Aquesta millora organitzativa ha de comportar també una millora en els resultats de l'atenció, tant en termes de pronòstic, i de reducció del risc d'efectes adversos, com d'increment de la satisfacció de les pacients.

Es proposa incrementar la integració i coordinació en l'àmbit assistencial de recerca i docència de l'actual equip humà del comitè de càncer de mama, amb la incorporació d'altres professionals implicats (rehabilitació, psicoterapeuta, epidemiologia,...). D'altra banda, es vol incrementar la coordinació amb l'atenció primària i socio sanitària per a garantir la continuïtat assistencial.

Els canvis estructurals i organitzatius, a més de suposar una millora del procés assis-

cial, haurien de comportar una major integració amb la recerca bàsica i clínica, entre la docència i la pràctica clínica, a més de millorar el potencial i la posició competitiva de l'hospital en els tres àmbits esmentats: assistencial, docència i recerca.

Objectius assistencials

Cobrir l'activitat assistencial generada, tant a nivell de primeres visites (casos incidents, segones opinions) com a nivell de visites successives (casos prevalents), seguint les guies d'actuació elaborades pel grup de treball.

En el moment de la implantació de la Unitat Funcional, partim d'un model de funcionament en el diagnòstic i tractament de la Patologia Mamària a la nostra Institució, articulat al voltant de l'actual Comitè de Patologia Mamària.

Aprofitant l'experiència en aquests anys de funcionament de l'esmentat Comitè, creiem que s'han d'aprofitar les sinèrgies creades per tal d'aprofundir i estructurar el diagnòstic i tractament de manera integrada i global.

Integrar dins d'aquest equip multidisciplinari altres especialitats, que en aquest moment no estan representades en el Comitè de Patologia Mamària, com és el cas de la rehabilitació i el suport psicològic.

Incorporar l'activitat generada de consulta genètica relacionada amb les síndromes hereditàries del càncer de mama, i del programa previst de prevenció de limfedemes en les dones a qui hem aplicat una limfadenectomia axil·lar.

Ahora, és molt important tenir present que s'haurà de posar en marxa una coordinació funcional amb els dispositius extrahospitalaris que també actuen en el cas de la patologia mamària, com són l'assistència primària i els dispositius sociosanitaris.

Així, doncs, i com a conseqüència de tot el que acabem d'exposar, l'IMAS ha creat la Unitat Funcional de Patologia Mamària, que ha començat a funcionar recentment.

Francesc J. Ferrer Masip
Ignasi Tusquets Trias de Bes
Coordinador de la Unitat Funcional
Coordinador Adj. de la Unitat Funcional



Evolució, seguiment i supervivència en el càncer de mama



Introducció

El Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar) s'inicia l'any 1978. Actualment té registrats més de 17.000 casos. En els últims anys s'hi incorporen al voltant de 1.100 casos nous a l'any; d'aquests, un 15% són tumors de mama, que és el càncer més freqüent.

A partir de l'any 1992 s'hi introdueixen noves variables, que conformen els 50 ítems del Registre actual (dels quals 25 són automàtics); la resta s'obtenen a partir d'una revisió cas per cas. Aquesta monitorització exhaustiva de tots els malalts de càncer atesos al nostre hospital en qualsevol moment de la seva malaltia, permet analitzar i caracteritzar l'assistència oncològica de la totalitat del procés de diagnòstic, tractament i seguiment. A l'any 1993 s'hi incorporen els casos de càncer de mama procedents de l'Hospital de l'Esperança, des de l'any 1996 es registren els casos del Programa de detecció precoç

de càncer de mama i a l'any 2001 també hi queden reflectits els del Programa sanitari d'atenció a la dona.

Objectius

Identificar la incidència, la procedència, l'evolució i algunes de les característiques del càncer de mama en el procés del diagnòstic i tractament en el nostre hospital durant els darrers 10 anys. Analitzar la supervivència de tots els casos registrats.

Material i Mètode

En aquest estudi s'ha procedit a analitzar tots els casos de càncer de mama (1.644) inclosos en el RTHMar en el període 1992-2001, segons procedència. S'han analitzat alguns dels indicadors del procés assistencial hospitalari, dels càncers diagnosticats i/o tractats al nostre hospital (1.430), a partir de les següents variables: localització i histologia CIM-O, data del diagnòstic, edat i sexe, tipus histològic, estadi clínic de la

malaltia (a partir de l'estadificació segons TNM/pTNM), tipus i intencionalitat del tractament i data del tractament. A més s'ha realitzat un seguiment, mitjançant un sistema automatitzat que permet obtenir informació per a cada pacient, de la data i l'estat de l'últim control intrahospitalari (altes, visites, tractaments i exploracions).

Per a determinar l'estat vital del pacient (data i causa de la defunció), s'ha efectuat un linkage amb el Registre de Mortalitat de Catalunya (període 1992-1999), de 1.023 casos, en què s'han creuat les següents variables: nom i cognoms, sexe i data de naixement. L'aplicació automatitzada de "linkage" està basada en un sistema que forma parells entre els registres de defunció i el de tumors hospitalari, assignant-los una mesura de similitud. Els parells amb similitud d'un 75% o més s'han revisat manualment per tal d'acceptar-los com a "mateixa persona" o rebutjar-los.

Per a l'anàlisi de la supervivència s'ha aplicat el mètode de Kaplan-Meier, realitzat amb el programa estadístic Survival de SPSS windows, i calculant la supervivència observada corregida a 5 anys (SOC5A), que incorpora la causa de mortalitat. S'ha calculat també la supervivència relativa a 5 anys (SR5A), que és la raó entre la supervivència observada i la supervivència de la població general, segons les variables d'edat, estadi clínic i període de diagnòstic.

Resultats

En aquests deu anys s'han registrat un total de 1.644 casos de càncer de mama,

amb un reconegut de 71 a 219, dels quals 1.430 (un 87%) són casos incidents (diagnosticats i/o tractats) a l' hospital; 1.411 són dones i 19 homes. Un 44% procedeixen de la nostra comunitat de referència, dels quals 282 són del programa poblacional de detecció precoç de càncer de mama (Fig. 1). L'edat mitjana és de 62,8 anys (recorregut: 24-96 anys); un 16% tenen menys de 50 anys (amb un 7% de menys de 40 anys) (Fig. 2).

Un 51,2% dels casos són del tipus histològic "carcinoma ductal infiltrant" (CDI).

La distribució global per estadis segons el pTNM és: in situ, 5,2%; estadi I, 28,5%; estadi II, 35,4%; estadi III, 11,0%; estadi IV, 5,2% i un 14,6% de desconeguts. En l'evolució per estadi, en l'últim any, els casos en estadi 0 i I superen el 50%, i els casos en estadi disseminat són mínims. (Fig. 3)

El tractament radical conservador s'ha efectuat en un 46% dels casos (superant lleugerament el radical no conservador). (Fig. 4). En un 56,7% dels casos s'ha realitzat el primer tractament abans dels 30 dies del diagnòstic.

Fig. 1

Evolució del càncer de mama en els darrers 10 anys.
Total casos 1.644

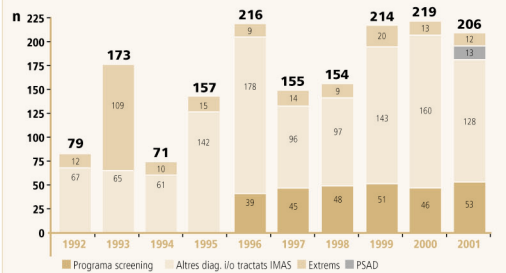


Fig. 2

Edat.

Total casos 1.430

Mitjana: 62,8 anys Amplitud: de 24 a 96 anys

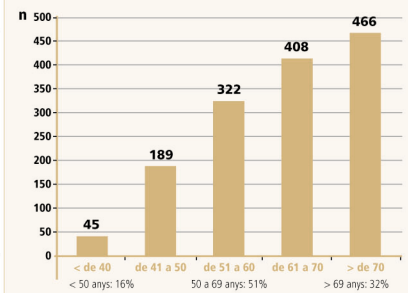


Fig. 3

Estadificació.

Total casos 1.430

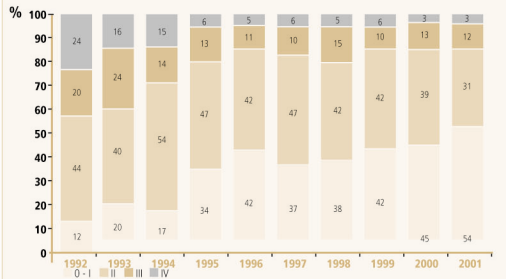
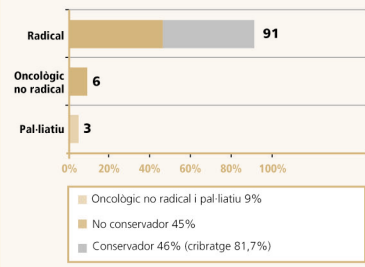


Fig. 4

Intenció de tractament

Total casos 1.430



L'anàlisi global de la supervivència s'ha realitzat sobre un total de 1.069 casos (període 1992-1999). Per a l'anàlisi de la SOC5A s'han exclòs 46 casos, la causa de mort dels quals no ha estat el càncer de mama (1.023). S'observa que el càlcul de la SR5A té en quasi totes les variables un valor més elevat que el resultat de la SOC5A. En ambdues anàlisis hi observem diferències estadísticament significatives ($p < 0,001$) entre cadascun dels grups d'edat, entre cada nivell d'estadi i entre ambdós períodes. En la fig.5 no s'hi ha incorporat els casos en estadi 0 (Taula 1 i Figs 5, 6 i 7).

Discussió

Els resultats obtinguts en aquest treball ens indiquen un augment de casos diagnòsticats de càncer de mama en els últims anys en el nostre hospital, que se situa a l'entorn de 200 casos a l'any. A diferència del

que apareix en d'altres informes⁽¹⁾ només un 7% de les dones tenen menys de 40 anys. El tractament conservador s'imposa en relació al major nombre de casos en estadi 0, I i II, i per això hi ha un augment considerable del nombre de tractaments amb radioteràpia.

La SR5A augmenta significativament conforme va disminuint l'estadi, fins a ser igual a la de la població general en els estadis 0 i I. A destacar l'augment significatiu de la supervivència en el període 1996-1999, relacionat directament amb la incorporació de casos del cribratge que suposen un canvi en l'estadificació. La SR5A global del 86,1% que obtenim en el nostre estudi és similar a la publicada en l'informe de la SEER⁽²⁾ per al període 1992-1997 (86,8% en les dones blanques) i més alta que les que refereix l'informe EUROCARE⁽³⁾ per al

període 1985-1989 (72,5%), com també un estudi francès⁽⁴⁾ que en una revisió de casos diagnòsticats a l'any 1990 esmenta un 81,7%. És difícil establir comparacions amb aquests dos últims, donat que els anys revisats són molt diferents, i s'ha de tenir en compte, que a partir dels anys noranta, a la majoria de països Europeus i també a França hi ha canvis substancials tant pel que fa a la incorporació d'activitats de detecció precoç com de noves terapèutiques que repercuteixen directament amb una millora de la supervivència.

Montserrat Casamitjana
i Francesc Macià

Unitat de Prevenció i Registre de Càncer

Taula 1 Supervivència a 5 anys en el càncer de mama

	% SOC	IC95%	% SR	IC95%
< 50 anys	89,1	82,4-93,4	88,0	82,0-94,0
50 - 69 anys	87,4	83,7-90,3	88,1	84,1-92,1
> 70 anys	74,1	68,0-79,3	80,2	72,2-88,2
Estadi 0	100	-	101,3	98,5-104,1
Estadi I	96,8	93,1-98,6	100	-
Estadi II	88,5	84,0-91,7	91,3	86,9-96,0
Estadi III	75,9	65,2-83,8	77,4	67,5-88,7
Estadi IV	19,5	8,9-33,1	20,8	10,9-39,7
Període 92-95	73,8	68,7-78,3	74,3	69,3-79,3
Període 96-99	91,4	88,8-93,5	96,4	93,4-99,4
Global	83,7	80,9-86,1	86,1	83,1-89,1

Fig. 5

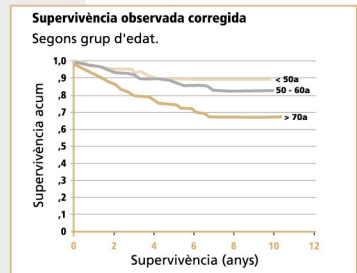


Fig. 6

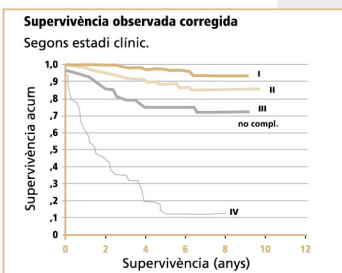
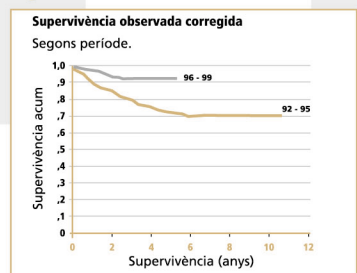


Fig. 7



Aquest estudi de supervivència ha estat possible gràcies al conveni signat entre l'IMAS i el Registre de Mortalitat de Catalunya, i al programa informàtic de linkage realitzat per Dave Macfarlane de l'IMIM. Agraïm també la col·laboració de Ramon Clèries de l'ICO.

Bibliografia

1. Proyecto "El Álamo". Encuesta de evolución de pacientes con cáncer de mama en hospitales del Grupo GEICAM (1990-1993). GEICAM 2002.
2. SEER Cancer Statistics Review 1973-1998. National Cancer Institute.
3. Berrino F, Capocaccia R, Esteve J, Gatta G et al. Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE-2 Study. Lyon 1999: IARC Scientific Publications, 151.
4. Grosclaude P et al. Survival of women with breast cancer in France: variation with age, stage and treatment. Breast cancer research and treatment 2001; 70: 137-143.



Gangli sentinella de mama: Resultat a l'IMAS



Segons les dades aportades pel Registre de tumors del nostre centre, els càncers de mama diagnosticats o tractats pel Servei de Cirurgia-Patologia Mamària fins a l'any 1994 es trobaven al voltant dels 60 casos/any. A partir del 1995, i entre altres raons gràcies al programa de cribratge, es va anar incrementant el nombre de casos fins a arribar actualment als 200 casos anuals. L'anàlisi de les dades evidencià un increment dels tumors en estadis inicials T1 i T2 (fins a un 80% dels casos), amb un 69% dels casos de negativitat en la limfadenectomia axil·lar practicada sistemàticament als càncers infiltrants.

El gangli sentinella és el que primer rep el drenatge d'una determinada zona abans de distribuir-se per la resta de la xarxa limfàtica. Així, si aquest primer gangli es troba lliure d'afectació, és esperable que tots els altres també ho estiguin. L'estudi dels ganglis sentinelles té l'objectiu d'evitar la limfadenectomia axil·lar en els tumors petits a fi de disminuir la morbiditat que comporta, a més de permetre estadificar millor els tumors, donat que localitza ganglis intramamaris i de la cadena mamària interna que normalment no s'estudien.

El procediment a seguir amb la pacient, en cas que s'estudiï el gangli sentinella, es diferencia pel marcatge gammagràfic del gangli sentinella previ a la cirurgia i pel processament anatomicopatològic del gangli, més exhaustiu que l'estàndard, per tal de localitzar possibles micrometàstasis. Hi ha l'opinió que si tractéssim tots els ganglis axil·lars com el gangli sentinella es podrien detectar moltes més micrometàstasis; però els estudis (Turner 1997, Cavanese 1998 i Veronesi 1999) varen demostrar que es detecten més micrometàstasis al gangli sentinella no perquè se'l tracta de forma especial, sinó perquè és al que més li correspon de tenir-ne (16% de micrometàstasis al gangli sentinella i 3% a la resta).

Els detractors d'aquesta tècnica es basen en la dificultat d'estar segurs que el gangli detectat sigui realment el sentinella. Aquesta

detecció pot fallar en quatre supòsits: a/ cirurgia prèvia a la zona que alteri el drenatge limfàtic; per això és causa d'exclusió; b/ que el gangli sentinella estigui adjacent al tumor, de forma que no es distingeixi del senyal gammagràfic del tumor; c/ absència de migració del marcador, -en aquest cas es farà la limfadenectomia convencional- i d/ bypass del gangli sentinella per infiltració massiva.

Implantació de la tècnica de la biòpsia selectiva del gangli sentinella a l'IMAS

Donada la valoració positiva de la tècnica en la literatura i la seva utilitat per al perfil de les nostres pacients del programa de cribratge, es va valorar la seva aplicació al nostre centre. Es va contactar i col·laborar amb el servei de medicina nuclear i cirurgia general de l'hospital Germans Trias i Pujol i de l'Hospital Clínic de Barcelona, que ja tenien experiència en aquest camp, i vam definir una logística per coordinar els diferents serveis implicats, el protocol d'actuació i una corba d'aprenentatge.

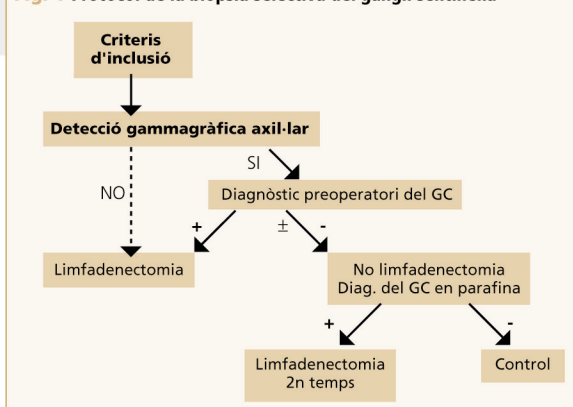
Un tema logístic important per a la sincronització dels circuits assistencials era la ubicació dels serveis clínics de diagnòstic a

l'Hospital de l'Esperança i la situació externalitzada del Servei de Medicina nuclear a l'Hospital del Mar. Donat que es va col·laborar amb metges de medicina nuclear d'equips amb corbes d'aprenentatge superiors a 100 casos, es va decidir fer la validació tècnica a l'IMAS amb 15 pacients, en els quals no hi va haver cap problema tècnic.

Críters d'Inclusió

- T1 i T2 (fins a 3 cm).
- Diagnòstic de càncer per citologia o corebiòpsia.
- Absència de ganglis axil·lars palpables.
- No cirurgia prèvia a la zona.
- No tractament quimioteràpic ni radioteràpic previ.
- No multifocalitat (només es troba al mateix quadrant).
- No embaràs ni lactància.
- S'hi inclouen els comedocarcinomes extensos.

Fig. 1 Protocol de la biòpsia selectiva del gangli sentinella



Circuits

1. Circuit previ a la cirurgia: Un cop feta la indicació de la biòpsia selectiva del gangli sentinella, el dia abans de la intervenció s'injecta albúmina marcada a la zona del tumor i es realitza una escintigrafia al Servei de Medicina nuclear, per veure on ha migrat el marcador.

2. Circuit assistencial quirúrgic: Senyalització radiològica del tumor si la tumoració no és palpable. Valoració de les imatges de l'escintigrafia. Exèresi del tumor. Localització amb sonda gammagràfica portàtil del gangli sentinella i exèresi.

3. Circuit patològic: Diagnòstic peroperatori del gangli sentinella: si és positiu es fa limfadenectomia axil·lar; si no, es tanca i es processa en parafina.

pocs casos positius fer la limfadenectomia en un segon temps. Al nostre centre s'efectua l'estudi intraoperatori a tots el ganglis sentinella axil·lars. El procediment es basa en tallar tot el gangli amb el seu greix en fines seccions, rascar-les, estendre el material obtingut en un portaobjectes i tenyir-lo i examinar-lo al microscopi buscant cèl·lules epitelials que normalment no s'han de veure en un gangli. En citologia les cèl·lules epitelials són cèl·lules grans que es disposen en acúmul, mentre que els limfòcits són cèl·lules petites i soltes. Malgrat això, la morfologia de les cèl·lules del càncer de mama és molt variable: poden ser petites, poc atípiques i soltes; de fet les cèl·lules del carcinoma lobel·lar clàssic són indistingibles dels limfòcits. A més aquests ganglis solen tenir abundants histiòcits i greix.

saris per estudiar a fons el gangli sentinella sense que sigui un malbaratament econòmic.

Resultats

Des de l'inici del protocol al nostre centre el 26/4/2001 i fins al 30/6/2002 s'han inclòs 107 casos (105 pacients). En 5 casos va fallar el marcatge del gangli i es va practicar una limfadenectomia estàndard; 4 casos més van sortir del protocol per ser multifocals. En total 98 casos correctes.

Els tipus histològics dels carcinomes van ser: 63 ductals, 17 lobel·lars, 2 mixtos, 3 medul·lars atípics, 1 medul·lar, 3 mucinosos, 1 tubular, 2 papil·lars intraquistics, 6 inductrals (2 comedocarcinomes i 1 amb microinfiltració). Tots els ganglis sentinelles positius van correspondre als quatre primers tipus histològics (37'6%; més elevat com més alt és el grau histològic), mentre que en els altres tipus histològics tots els ganglis detectats van resultar negatius.

El nombre de ganglis sentinelles detectats oscil·la entre 1 i 6. En 13 casos es van detectar ganglis sentinelles a la mamària interna, tots ells negatius, i com que en 5 casos varen ser el únic gangli detectat, se'ls va fer la limfadenectomia axil·lar, que va ser negativa en tots.

Es van trobar ganglis sentinelles positius en 32 casos, 18 (57%) macrometàstasi i 14 (43%) micrometàstasi (<2 mm), dues de les quals en forma de cèl·lules soltes. Així, fent l'estudi preoperatori, gairebé la meitat del casos amb gangli sentinella positiu es van estalviar una segona intervenció. Només 1 de les 14 micrometàstasis es va diagnosticar en el moment, però per la seva petita grandària només 6 es van veure en el primer tall histològic; per veure la resta van fer falta talls seriatos i marcatge immunohistoquímic.

D'aquests 32 casos, en 23 d'ells (71%) els ganglis sentinelles varen ser els únics ganglis afectats. En la nostra sèrie vam trobar tres casos que recolzen que el bypass del gangli sentinella per metàstasi massiva del gangli és el tipus d'errada de marcatge més freqüent.

Valenti Juncà Valdor

Servei de Cirurgia- Patologia Mamària IMAS

Lola Ferrer Yabar

Anatomia Patològica, H Mar, IMAS

Taula 1. Tipus de metàstasi als ganglis sentinelles. Resultats de la biòpsia peroperatoria i nombre de casos amb altres ganglis positius a la limfadenectomia axil·lar a part del sentinella.

	N	Per +	LA feta	LA +
Macrometàstasi	18	16	18	7 (39%)
Micrometàstasi	12	1	12	2 (15%)
Cèl·lules aïllades	2	0	2	0
Total	32	17	32	9 (28%)

4. Comitè de tumors: Presentació de resultats patològics definitius per a valorar el tractament adjuvant. Si és negatiu, es fa control; si apareix una macrometàstasi, es practica la limfadenectomia axil·lar en un segon temps, i si apareix una micrometàstasi (<2 mm), s'inclou la pacient en un protocol aleatoritzat on es decidirà control o limfadenectomia axil·lar diferida dintre d'un estudi multicèntric de l'àrea de Barcelona en el qual participa l'IMAS.

Els histiòcits poden semblar cèl·lules epitelials, si no mostren el típic citoplasma espumós o el nucli arryononat, i les gotes de greix fan que l'extensió no sigui uniforme i que limfòcits i histiòcits estiguin arrefactats i en acúmul. Per aquestes dificultats és recomanable que el diagnòstic el facin citòlegs especialitzats. Hi ha una tinció d'immuno-citoquímica ràpida que podria ajudar en els casos dubtosos; però no té gaire acceptació perquè és d'utilitat limitada i afegeix més demora al diagnòstic.

Processament en parafina

El gangli s'inclou sencer en parafina i es tenyeix de forma convencional. Si té una macro o micrometàstasi gran, es veurà amb un únic tall; però si no es veu res, s'haurà de buscar una micrometàstasi o cèl·lules aïllades amagades amb nous talls seriatos i tincions d'immunohistoquímica amb anticossos anticitoqueratines, que marcaran selectivament qualsevol cèl·lula epitelial que es trobi al gangli. No hi ha acord entre els centres sobre el nombre de talls neces-



Càncer de mama no infiltrant.

Actualització i resultats dels tractament conservador amb radioteràpia



El terme carcinoma no infiltrant de la mama o carcinoma "in situ" comprèn, en realitat, dues entitats ben diferenciades: el carcinoma ductal in situ (CDIS), també conegut com a carcinoma intraductal, i el carcinoma lobel·lar in situ (CLIS). Ambdues entitats tenen en comú la presència de cel·lularitat de característiques malignes i l'absència d'invasió de la membrana basal i de l'estroma, la qual cosa comporta un nul potencial de metastatització. En ambdós casos els factors de risc associats a la seva presentació són els mateixos que els establerts en càncer de mama invasiu (anteriorment de biòpsia mamària prèvia, història familiar de càncer de mama, nul·liparitat i edat al primer part a terme i menopausa tardanes).

El CLIS és una lesió histopatològica ben definida, caracteritzada per la proliferació no invasiva de cèl·lules malignes en lòbels i unitats terminals ducte-lobel·lars. Es tracta d'una lesió relativament rara (2-3% de core-biòpsies), sense traducció clínica o radiològica en la majoria de casos i que es diagnostica casualment arran d'una biòpsia practicada per un altre motiu. El CLIS sol ser multicèntric (60-80%) i bil·lateral (25-35%).

La seva presència s'ha associat a un risc incrementat de neoplàsia infiltrant de mama (lobel·lar o ductal més sovint) en un factor de 7 a 10 respecte de la població general, la qual cosa equival, en termes absoluts, a un risc anual de càncer invasiu

de l'1,2-1,3%, que persisteix almenys durant 15 anys. Es considera, per tant, que el CLIS representa un marcador de risc de desenvolupar càncer en una o altra mama (no necessàriament al pit en què s'ha trobat) més que una lesió pre-maligna per se.

El maneig fonamental del CLIS és la quimioprevenció. L'estudi NSABP-P1, en què es va administrar tamoxifèn o placebo a pacients amb risc incrementat de desenvolupar càncer de mama ($Gail > 1,67$), va incloure pacients amb CLIS. En aquest subgrup es va demostrar que el tamoxifèn reduïa el risc de càncer invasiu de l'1,3 al 0,57% anual (RR 0,44).

El CDIS és, en canvi, una entitat histopatològica molt més complexa (taula 1: Sistemes de classificació), caracteritzada fo-

ramentalment per la presència de cel·lularitat maligna no invasiva a nivell dels ductes galactòfors. Des del punt de vista clínic i terapèutic té molta més rellevància que el CDIS, en considerar-se una lesió pròpiament pre-maligna i directament precursora, en alguns casos, de càncer invasiu.

L'epidemiologia i forma de presentació del CDIS ha variat considerablement en funció del temps, particularment per raó de la generalització dels programes de cribratge. Les dades principals que resumeixen aquesta evolució queden reflectides en la taula 2.

Les opcions terapèutiques demostrades en el CDIS són la mastectomia i la tumorectomia i RT, en aquest últim cas amb tamoxifèn o sense. Repassarem a continuació els resultats de cadascuna d'aquestes modalitats de tractament:

Taula 1. Sistemes de Classificació del CDIS

- **Citoarquitectònica:**
comedo,cribriforme,micropapil·lar, papil·lar i sòlid.
- **Lagios (modif.):**
grau: alt, baix, intermedi.
- **Van Nuys:**
alt grau, no-alt grau amb necrosi, no-alt grau sense necrosi.
- **Europea:**
pobrament diferenciat, diferenciació intermèdia, ben diferenciat.
- **Conferència Consensus Philadelphia 1997:**
(Cancer, Agost 1997) -requeriments informe anatomicopatològic-grau nuclear, necrosi (comedo, punctata), polarització cel·lular, patró citoarquitectònic.

Taula 2. CDIS: Presentació i epidemiologia

1960-1980

(poblacions no cribrades)

- 2%-5% de c. mama
- 2.3/100000 dones (1973)
- 80%clínicament detectables
(massa,teloreea,Paquet)
- grandària (M): 60 mm
- multicèntric

1980-2002

(cribratge mamogràfic)

- 10%-20% de c.mama
- 15.8/100000 dones (1992)
- 10-20% clínicament detectables
(microcalcificacions 62-98%,
2-23% massa/asimetria)
- grandària (M): 10mm
- uni/multifocal (distribució segmentària)

1) Mastectomia:

Fou el tractament estàndard aplicat en l'era pre-cribratge mamogràfic. S'associava sovint a una limfadenectomia axil·lar, almenys del nivell I, atesa l'existència d'un percentatge no menyspreable (7%) d'afectació ganglionar. Això s'explicava per la mida relativament gran del tumor mamari en la majoria dels casos i, en conseqüència, per la presència probable de microinfiltracions no diagnosticades. La majoria de les sèries de mastectomia tenen ara un llarg seguiment (15-30 anys) i descriuen un percentatge molt alt (98-99%) de guaricions definitives.

Actualment la mastectomia es considera un tractament excessivament agressiu per a la majoria de CDIS detectats mamogràficament i queda reservada per a lesions majors de 4 cm, multicèntriques, amb marges afectes després de re-excisió, mentre que caldria considerar-la acuradament en pacients amb múltiples factors de risc de recurrència local amb tractament conservador (vegeu més endavant).

2) Tumorectomia i radioteràpia (RT):

Els seus resultats no han estat mai comparats amb els de la mastectomia en el context d'un estudi aleatoritzat específicament dissenyat per a CDIS. De fet, la incorporació d'aquesta estratègia en el maneig del carcinoma intraductal es fonamenta en els resultats d'almenys quatre grans estudis aleatoritzats en càncer invasiu que demostraren igual supervivència (malgrat el major nombre de recurrències locals) amb cirurgia conservadora seguida de RT que amb mastectomia.

Estrictament, els resultats del maneig conservador en càncer infiltrant no són totalment aplicables al CDIS, des del moment que la recurrència local en aquest darrer cas és proporcionalment més rellevant, perquè pot presentar-se en forma de recurrència invasiva i, per tant, associar-se a un risc de recurrència i mort no present en el moment del diagnòstic del CDIS; contràriament aquests riscos sí que existeixen des de l'inici en el carcinoma invasiu, de manera que la supervivència en últim terme no es modifica significativament en cas de recurrència local.

En general les sèries amb major nombre de pacients (taula 3) descriuen, amb un seguiment variable (4,5 a 12 anys), una taxa de recurrències d'entre el 9-15%, la meitat de les quals seran de tipus invasiu, la qual cosa es traduirà en taxes de supervivència específica del 96 al 98%.

Taula 3. Tumorectomia + RT en CDIS: Resultats dels diferents estudis

	N	Dosi (Gy) / % boost	Seguiment (anys)	% RLI	% RLI invasiva	CSS %
EORTC 10853	502	50 / 5	4,25	9	45	98
NSABP-B 24	902	50 / 0	6,8	11,1	50	97(SG)
Vicini	146	45 / 94	7,2	12	66	-
Silverstein	208	45-50 / 93	7,5	16,6	53	97
Cutulí	435	50 / 53	8	13,9	60	M1 1,4
Solin	268	50 / 65	10,3	16	53	96
NSABP-B 17	410	50 / 0	12	15	47	96

Cal destacar que les recaigudes es produiran de forma esglaonada en el temps, fins i tot entre els 10 i 15 anys, essent les medianes de presentació de la recurrència de 33-36 mesos per a les recurrències no

l'estudi de l'EORTC inclou un subestudi dels factors pronòstics de recurrència local, el més ampli quant a nombre de pacients -863- publicat fins al moment. Segons aquest estudi, els factors pronòstics inde-

Grandària		10,3 ± 7,6 mm
Histologia	Intraductal	95%
	Lobel·lar	1%
	Combinacions	2%
	Altres	2%
Grau histològic	I	13,9%
	II	37,6%
	III	48,5%
Comedocarcinoma	Sí	35,6%
	No	64,4%
Marges	Afectes o < 3mm	30,7%
	Lliures > 3mm	69,3%
Índex pronòstic Van Nuys	Bon pronòstic (3-4)	36,6%
	Pronòstic intermedi (5-7)	61,4%
	Mal pronòstic (8-9)	2%

invasives i de 66-80 mesos per a les recurrències invasives. És precisament aquesta existència de recurrències tardanes el que fa que calguin seguiments llargs, de fins i tot 20 anys, per a saber realment els resultats d'aquesta estratègia, sobretot pel que fa a supervivència.

Existeixen 2 grans estudis aleatoritzats (NSABP-B17 i EORTC 10853) que han comparat tumorectomia i RT (50 Gy) versus tumorectomia en CDIS. Ambdós estudis, amb un seguiment de 12 i 4,5 anys respectivament, demostren una reducció en la recurrència local per a tots els grups de risc (in-closos tumors < 1 cm, amb marges lliures).

pendents de recurrència local són l'estat dels marges (afecte o desconegut versus no afecte: RR 1,35), el tipus de presentació (clínica versus mamogràfica: RR 1,8), el patró sòlid o comedo versus altres (RR 2,68) i l'edat jove (≤ 40 vs > 40: RR 2,14). Altres sèries han analitzat els factors pronòstics de recurrència invasiva, metastatització i mort i han assenyalat en aquest sentit com a factors desfavorables l'edat jove (≤ 45 anys) i el tipus histològic amb diferenciació intermèdia i, sobretot, el mal diferenciat.

3) Tumorectomia seguida de RT i tamoxifèn:

L'estudi NSABP B-24 ha comparat tumorectomia i RT seguida de tamoxifèn o placebo durant 5 anys. L'administració de tamoxifèn es relacionà amb una reducció dels esdeveniments relacionats amb el càncer de mama (tant ipsi com contralaterals) a 5 anys del 13 al 8%. A nivell ipsilateral això va representar una reducció en nombres absoluts del 3,7% i a nivell contralateral de l'1,5%. Aquests beneficis, reals per a la majoria de grups, sobretot per als de major risc, són en qualsevol cas modestos i han de sospesar-se adequadament amb la toxicitat, sobretot vascular i endometrial, associada a l'hormonoteràpia. La selecció de pacients candidates a tamoxifèn basant-se en la positivitat de receptors horminals podria optimitzar els resultats de tamoxifèn per a aquesta indicació, encara que estrictament això no ha estat avaluat prospectivament en cap estudi.

Presentem a continuació el nostres resultats en les pacients diagnosticades de càncer no infiltrants de la mama, sotmeses a cirurgia conservadora seguida de radioteràpia complementària.

Material i mètodes

Des de 1990 a 2001 hem tractat un total de 101 pacients diagnosticades de neoplàsies no infiltrants de la mama que han estat intervingudes de forma conservadora. La mitjana d'edat de les pacients ha estat de $55,8 \pm 9,9$ anys. Les característiques dels tumors en aquestes pacients es mostren en la taula 4.

A destacar que la mida dels tumors ha estat habitualment petita, amb una mitjana de $10,3 \pm 7,6$ mm; però en contrapartida el percentatge de marges positius o molt justos, per sota de 3 mm, que ha estat d'aproximadament un 30 %, orienta cap a una cirurgia més econòmica de cara a obtenir un bon resultat cosmètic.

En la nostra sèrie s'ha emprat l'índex pronòstic de Van Nuys (VNPI) en tots els casos, de forma que el grup de bon pronòstic (VNPI 3-4) ha representat el 36,6%, el de pronòstic intermedi (VNPI 5-7) un 61,4 % i hi ha hagut un 2% de pacients de mal pronòstic (VNPI 8-9).

Totes les pacients van rebre irradiació complementària amb fotons de la unitat de cobalt o dels acceleradors lineals, amb la tècnica habitual de dos camps tangencials. La dosi mitjana ha estat de $47,6 \pm 1,2$ Gy i el fraccionament emprat ha estat de 2 Gy al dia. Un 29 % de les pacients van rebre irradiació complementària sobre el lliu tumoral atenent l'estat dels marges quirúrgics. Aquesta sobreimpressió ha estat realitzada amb braquiteràpia (13%), fotons del cobalt (4%) o amb electrons de l'accelerador lineal en un (12%). La dosi mitjana administrada sobre aquest volum ha estat de 21 ± 3 Gy.

Totes les pacients tractades des de l'any 1999 s'han beneficiat dels nous sistemes de simulació virtual a partir d'imatges tomogràfiques i els nous sistemes de dosimetria disponibles en el nostre institut.

Resultats

Després d'un seguiment mitjà de 34 mesos, la supervivència ha estat del 100%, i tampoc hi ha hagut cap mort relacionada o no amb la neoplàsia.

La supervivència lliure de malaltia, estimada a 5 anys segons el mètode de Kaplan-Meier, ha estat de $91,9 \pm 9,1$ %, tal i com es mostra en la figura següent. Es van pro-

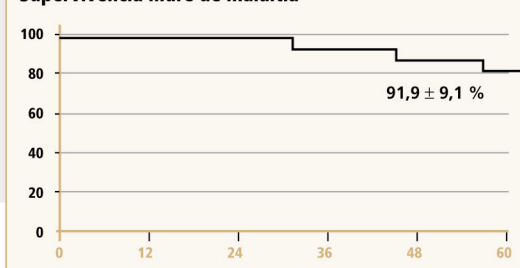
duir tres recídives locals, que corresponen totes a pacients de pronòstic intermedi, amb tumors inferiors a 10 mm, però en dos casos de grau histològic III amb comedocarcinoma i també en dos casos amb marges inferiors a 3 mm. Dues d'aquestes recídives van ser novament en forma de tumors no infiltrants i van ser rescatades amb mastectomia.

La tercera pacient va presentar una recidiva amb carcinoma intraductal grau III, amb necrosi tipus comedo i carcinoma ductal infiltrant, essent rescatada amb mastectomia seguida de quimioteràpia complementària. En el moment de l'anàlisi totes les pacients es mantenen sense evidència de malaltia.

La toxicitat al tractament ha estat generalment bona. Han presentat dermatitis aguda, lleu o moderada, un 93% dels casos, complicació que s'ha resolt favorablement amb tractaments tòpics. Només en un 2% dels casos s'ha demostrat fibrosi tardana i en cap cas s'ha detectat pneumonitis clínica secundària a la radioteràpia.

En conclusió, els nostres resultats, encara que amb un seguiment de moment curt, són consistents amb els d'altres sèries de tractament conservador del CDIS amb cirurgia seguida de radioteràpia. Aquesta estratègia representa, sens dubte, el tractament d'elecció en aquest grup de pacients amb VNPI bo o intermedi.

Supervivència lliure de malaltia



Meritxell Bellet Ezquerro
Servei d'Oncologia Mèdica
Xavier Sanz Latiesas
Institut d'Oncologia
Radioteràpia



Resultats del Programa: Tercera ronda de cribratge. Districtes de Ciutat Vella i Sant Martí



Presentem a continuació els resultats de la tercera ronda de cribratge als districtes municipals de Ciutat Vella i Sant Martí, desenvolupada al llarg dels anys 2000 i 2001. Recordem que en aquests dos districtes de Barcelona és on el novembre del 1995 començaren els programes de detecció precoç de càncer de mama a la nostra ciutat, ja que fou un dels programes pilot de Catalunya.

En aquesta tercera ronda s'ha arribat al màxim de població diana, per tal com s'hi han inclòs les dones de 50 fins a 69 anys (recordem que el programa va començar incorporant les dones fins als 64 anys, les quals s'han anat mantenint dins el programa encara que ultrapassessin aquest límit d'edat). D'acord amb el que estableixen els eixos bàsics dels programes de cribratge a Catalunya, per a les dones de 68 anys i 69 anys aquesta ha estat la darrera ronda.

Hem partit, doncs, d'una població diana de 33.660 dones. D'aquesta població se n'han exclòs 1.683 dones (5%): 1.499 per error de cens (canvi d'adreça, defunció, etc.), 147 per diagnòstic previ de càncer de mama i 37 per malaltia terminal. El percentatge d'errors de cens ha minvat a la meitat respecte de la primera ronda, gràcies a la depuració de la base de dades i a l'actualització més freqüent del padró municipal.

Taula 1. Resultats de la 3a ronda (2000-2001). Indicadors generals.

	Cribratge inicial		Cribratge successiu		Global	
	n	%	n	%	n	%
Població diana	13.992		19.668		33.660	
Exclusions	1.072	7,7%	611	3,1%	1.683	5,0%
Convocades a participar	12.920	92,3%	19.057	96,9%	31.977	95,0%
Cobertura	9.291	71,9%	17.965	94,3%	27.256	85,2%
Participació	4.095	31,7%	16.760	87,9%	20.855	65,2%
Participació 1a citació	3.461	26,8%	15.464	81,1%	18.925	59,2%
Mamografies prèvies ¹	3.877	30,0%	1.017	5,3%	4.894	15,3%
Cribratge extern	1.319	10,2%	188	1,0%	1.507	4,7%
Concordança doble lectura		92,9%		96,0%		95,4%
Reconvocatòria	459	11,2%	639	3,8%	1.098	5,3%
VPP mamografia		3,1%		10,2%		7,2%
PAAF / Core-biòpsia	199	4,9%	272	1,6%	471	2,3%
VPP PAAF / Core-biòpsia		11,1%		15,1%		13,4%
Biòpsia quirúrgica	9	0,2%	10	0,1%	19	0,1%
Controls avançats	27	0,7%	28	0,2%	55	0,3%
Taxa detecció càncer (per mil)	14	3,4	65	3,9	79	3,8
Carcinomes in situ	2	15,4%	8	14,0%	10	14,3%
Carcinomes invasius ²	11	84,6%	49	86,0%	60	85,7%
Carcinomes invasius < 1 cm	1	9,1%	21	42,9%	22	36,7%
Absència d'afectació ganglionar	10	76,9%	46	82,1%	56	80,0%
Tractament conservador	12	92,3%	49	86,0%	61	87,1%
Interval de temps entre diag.-tract. (mediana)	25 dies		24 dies		24 dies	

1. Dones que ja s'havien realitzat una mamografia en els últims 6 mesos.

2. Els casos tractats en un altre centre dels quals es desconeix l'estadificació o el tractament no s'inclouen en el càlcul dels percentatges corresponents.

Taula 2. Cobertura, participació i càncers detectats en les 3 primeres rondes, per ABS (ordenat segons cronograma)

ABS	Cobertura per ronda				Participació per ronda				Càncers detectats per ronda		
	n	3a	2a	1a	n	3a	2a	1a	3a	2a	1a
		%	%	%		%	%	%	n	n	n
Barceloneta (1A)	1.439	84,6	83,4	80,0	1.237	72,7	73,6	63,7	4	8	5
Besòs (10D)	2.521	86,1	82,1	80,7	2.142	73,1	72,5	59,7	7	5	11
Lope de Vega (10B)	1.705	87,1	86,2	84,3	1.309	66,9	66,8	57,4	6	8	6
Poblenou (10C)	1.576	87,0	86,3	84,9	1.291	71,3	69,2	58,5	3	7	5
Vila Olímpica (10A)	2.360	86,0	83,5	84,4	1.727	62,9	58,8	55,4	8	7	7
El Clot (10G)	1.777	84,6	86,1	82,8	1.304	62,1	61,0	51,5	6	4	8
Encants (10E)	1.761	88,1	86,2	85,6	1.175	58,8	56,3	49,2	3	7	7
Camp de l'Arpa (10F)	2.420	87,2	88,3	84,7	1.492	53,8	55,5	49,9	7	4	10
La Verneda (10J)	2.637	89,1	89,2	86,3	1.978	66,8	63,6	53,9	5	5	5
La Verneda (10H)	2.694	88,1	88,1	85,5	2.110	69,0	66,3	55,3	10	8	8
La Pau (10I)	1.528	86,8	85,3	82,7	1.284	72,9	70,2	58,9	2	3	2
Casc Antic (1B)	1.483	79,1	79,7	81,5	1.134	60,4	59,5	53,2	4	5	9
Gòtic (1C)	999	80,8	81,3	80,5	780	63,1	58,5	50,7	6	1	2
Raval Sud (1D)	1.222	75,4	78,3	75,1	1.007	62,1	58,3	48,3	5	2	6
Raval Nord (1E)	1.134	78,4	82,3	79,7	885	61,2	59,5	52,5	3	0	9
GLOBAL	27.256	85,2	84,9	82,9	20.855	65,2	63,5	54,7	79	74	100

En total, s'han convocat finalment 31.977 dones, 4.251 més que en la primera ronda, increment lògic ja que s'hi han incorporat dues cohorts més de dones joves, mentre que les més grans han continuat totes incloses al programa.

Indicadors d'impacte

La cobertura de la població (85,2%) s'ha mantingut a l'alça respecte de les rondes anteriors (82,9% en primera i 84,9% en segona ronda), mercès sobretot a l'augment de participació (65,2%). Aquesta cobertura, però, no ha estat uniforme entre les diferents ABS, amb oscil·lacions entre el 89,1% a la Verneda i 75,4% al Raval Sud (taula 2). Tanmateix, s'ha seguit assolint sempre el 70% mínim, objectiu del programa. Per grups d'edat no hi ha hagut gaires diferències, excepte en el grup de més edat (65-69a), en què la cobertura és quasi un 4% inferior a la del grup més participant (taula 3).

El volum de controls mamogràfics externs al programa s'ha estabilitzat al voltant del 20% (15,3% de mamografia prèvia i 4,7% de cribratge extern). En el grup d'edat més jove, arriba al 27%, mentre que en el grup d'edat superior és del 13,5%. Per ABS, és al Camp de l'Arpa i Encants on hi ha més cribratge fora del programa (33% i 29%) i a la Barceloneta i al Besòs on n'hi ha menys (12% i 13%). En general, ha disminuït a la majoria d'ABS respecte a la segona ronda, especialment al Raval (7% de descens), mentre que ha augmentat al Besòs i a la Barceloneta (3,4% i 2% d'increment).

Si distingim entre les dones de primer cribratge (és a dir, dones incorporades per primera vegada al programa i dones que no han participat en altres rondes) i les de cribratge successiu (dones que ja van participar a la primera i/o segona ronda), observem que la cobertura en primer cribratge és un 22% més baixa que en cri-

bratge successiu. La diferència és encara més acusada quan comparem la participació en primer cribratge (31,7%) i en successiu (87,9%). Això s'explica per l'alta fidelització aconseguida pel programa en les dones que ja han vingut, i pel fet que el grup de primer cribratge aplega les més reticents, així com les més joves, entre les quals hi ha un elevat percentatge de cribratge extern al programa.

Indicadors de qualitat del procés

La taxa de reconvoatòria a exploracions complementàries s'ha mantingut a la baixa (5,3%), amb una diferència notable entre el grup de cribratge successiu (3,8%) i el de primer cribratge (11,2%). Aquesta diferència s'explica sobretot perquè per a les dones del primer grup es disposa de les mamografies anteriors per a comparar les imatges. El percentatge de controls avançats també ha disminuït respecte a les rondes anteriors, fins al 0,3% (0,6% en sego-

Taula 3. Indicadors de participació segons grups d'edat

Grup d'edat	50-54 anys		55-59 anys		60-64 anys		65-69 anys		Total	
Cribratge programa	5.439	59,2%	5.248	65,0%	5.193	68,9%	4.975	69,3%	20.855	65,2%
Mamografia prèvia	1.928	21,0%	1.289	16,0%	961	12,7%	716	10,0%	4.894	15,3%
Cribratge extern	531	5,8%	439	5,4%	284	3,8%	253	3,5%	1.507	4,7%
Cobertura	7.898	86,0%	6.976	86,4%	6.438	85,4%	5.944	82,8%	27.256	85,2%
No cribrades	1.288	14,0%	1.095	13,6%	1.102	14,6%	1.236	17,2%	4.721	14,8%
Total	9.186	100,0%	8.071	100,0%	7.540	100,0%	7.180	100,0%	31.977	100,0%



Taula 4. Comparació dels resultats per rondes.

	3a Ronda 2000-2001		2a Ronda 1998-1999		1a Ronda 1996-1997	
	n	%	n	%	n	%
Població diana	33.660		30.776		30.843	
Exclusions	1.683	5,0%	2.084	6,8%	3.117	10,1%
Convocades a participar	31.977	95,0%	28.692	93,2%	27.726	89,9%
Cobertura	27.256	85,2%	24.356	84,9%	22.974	82,9%
Participació	20.855	65,2%	18.225	63,5%	15.173	54,7%
Participació 1a citació	18.925	59,2%	16.218	56,5%	12.979	46,8%
Mamografies prèvies	4.894	15,3%	5.172	18,0%	7.801	28,1%
Cribratge extern ¹	1.507	4,7%	959	3,3%	0	0,0%
Concordança doble lectura		95,4%		95,4%		91,8%
Reconvocatòria	1.098	5,3%	1.023	5,6%	1.421	9,4%
VPP mamografia		7,2%		7,2%		7,0%
PAAF / Core-biòpsia	471	2,3%	453	2,5%	770	5,1%
Biòpsia quirúrgica	19	0,1%	25	0,1%	73	0,5%
Controls avançats	55	0,3%	116	0,6%	825	5,4%
Taxa detecció càncer (per mil)	79	3,8	74	4,1	100	6,6
Carcinomes in situ	10	14,3%	10	13,5%	9	9,0%
Carcinomes invasius	60	85,7%	64	86,5%	91	91,0%
Carcinomes invasius < 1cm	22	36,7%	10	15,6%	25	27,5%
No afectació ganglionar	56	80,0%	61	82,4%	71	71,0%
Tractament conservador	61	87,1%	61	82,4%	71	71,0%
Interval de temps entre diag.-tract. (mediana)	24 dies		25 dies		22 dies	

1. En la primera ronda no es comptabilitzà aquesta categoria. Tanmateix, es consideraren com a mamografia prèvia les de menys de 12 mesos, límit que en les altres rondes s'ha reduït a 6.

na ronda i 5,4% en primera), fet indicatiu de l'augment de la capacitat resoltiva del programa. Igualment s'esdevé amb el percentatge de proves invasives, com la PAAF i core-biòpsia (2,3%) i la biòpsia quirúrgica (0,1%).

Indicadors d'efectivitat

Un total de 79 dones han estat diagnosticades de càncer, xifra que representa una taxa de detecció de 3,8 càncers per cada mil dones cribrades, similar a la de segona ronda (4,1 per mil) i lògicament inferior a la de primera (6,6 per mil), ja que a l'inici d'un programa es detecten molts casos prevalents, de llarga evolució, i en rondes

successives només els que apareixen en els dos últims anys. El percentatge de carcinomes in situ s'ha mantingut estable (14,3%) i hi ha hagut un augment considerable dels càncers menors d'1cm (36,7% del total de càncers invasius, respecte a 15,6% en segona ronda). Conseqüentment, la proporció de casos amb tractament conservador també ha augmentat fins a arribar al 87,1% (16% més que en la primera ronda).

En el conjunt de les tres primeres rondes en aquests districtes **el programa ha detectat un total de 253 dones amb càncer**. El bon nivell dels indicadors intermedis d'e-

fectivitat i de qualitat del procés de cribratge i confirmació diagnòstica, conformes als estàndards europeus, fa preveure que s'assolirà bé l'objectiu final de disminució de la mortalitat per càncer de mama, encara que això no es podrà comprovar amb certesa fins d'aquí uns anys.

Francesc Macià i Guilà

Unitat de Prevenció i Control del Càncer