

dels casos i la via de drenatge més habitual va ser l'aixillar al 68% dels casos i a un 9% va drenar a la aixella i a la carena de la mamària interna.

La localització per sonda a quiròfan va ser efectiva a 73 dels 75 pacients a qui es va practicar la prova, al 91% es va localitzar a l'aixella el gangli sentinella i al 9% de casos es va localitzar a l'aixella i a la mamària interna.

L'acceptació internacional de la classificació per a valoració del pronòstic i tractament del càncer de mama intraductal de mama proposada pel Dr. Silverstein, al The Breast Cancer Center a Van Nuys Califòrnia que va descriure l'Index Pronòstic de Van Nuys aplicant una puntuació de 1, 2 i 3 punts amb paràmetres de mida de la lesió: <15 mm, 16-40 mm i > 40 mm; marges quirúrgics: >10 mm, 1-9 mm, <1mm; grau nuclear -necrosi: grau nuclear I o II sense necrosi, grau nuclear I o II amb necrosi, grau nuclear III amb o sense necrosi. Dóna com a resultat l'IPVN- baix grau: 3-4; grau intermedi: 5-6-7; alt grau: 8-9. S'accepta com a tractament l'IPVN baix grau la tumorectomia i control, per al grau intermedi aplicació de tumorectomia i RXT i per a l'alt grau mastectomia.

Segons aquest Index Pronòstic de Van Nuys, com s'han comportat els càncers intraductals tractats als hospitals de l'IMAS: **Mida tumoral:** < 15 mm: 125 pacients (56%); 16-40 mm: 61 pacients (27%); > 41 mm: 33 pacients (17%).

Respecte als marges quirúrgics: Lliures en 131 casos un 60%; < de 1 mm en 48 casos un 22 %; Contacte 40 casos un 18 %. Es

van realitzar 69 ampliacions, d'aquestes el nou marge resultant en 56 casos era lliure de malaltia, els 13 resultants es van tractar actualment són lliures de malaltia.

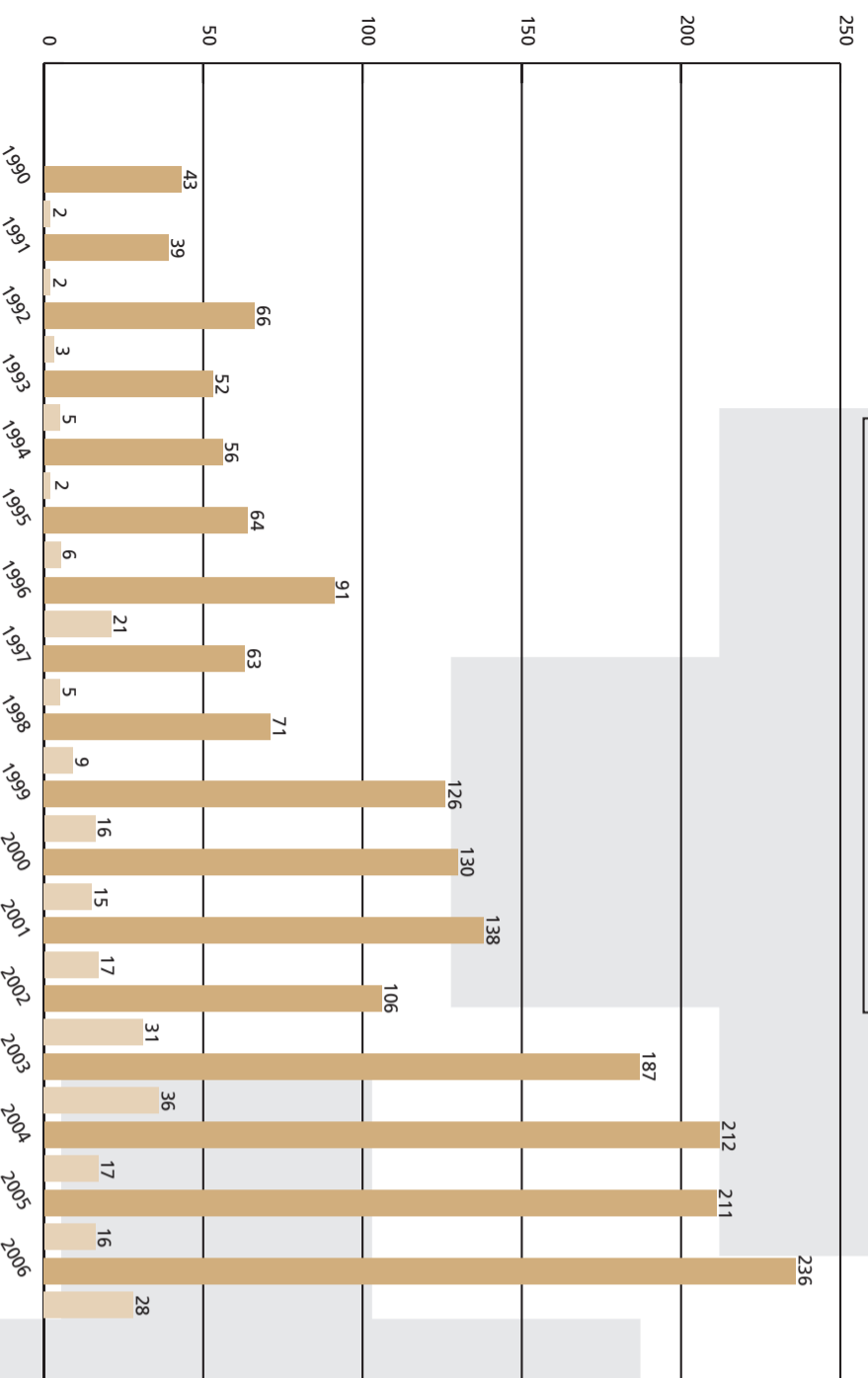
Grau histològic: grau 1 o 2 sense necrosi 80 casos (36%); grau 1 o 2 amb necrosi 39 casos (18%); alt grau amb o sense necrosi 100 casos (46%).

Segons l'Index Pronòstic de Van Nuys els càncers intraductals de la nostra sèrie van donar els següents resultats: Baix grau 3-4-5: 79 casos (36 %); Grau intermedi 6-7: 96 casos (43 %); Alt grau 8-9: 44 casos (21 %).

Teràpies adjuvants. Van rebre radioteràpia adjuvant un 64% dels pacients i un 58% teràpia hormonal. Tots van seguir controls clínics per part dels Serveis de Cirurgia o Ginecologia, Oncologia i Radioteràpia.

El seguiment fins a la actualitat de 219 casos en 6 pacients va aparèixer una recidiva clínica el 3%, 4 en forma de càncer intraductal i 2 com a càncer ductal infiltrant. Tots van ser tractats amb nova cirurgia de rescat.

Valentí Juncà
Servei de Cirurgia
Unitat Funcional de Patologia Mamària



Font: Registre de tumors Hospital del Mar.

Octubre '07
N. 21

Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama

Editorial

Unitat Funcional de Patologia Mamària Després de cinc anys ...

Si jo hagués de definir una Unitat Funcional a través d'un lema, seria el següent: "Divideix esforços per multiplicar eficàcia"; i si hagués de donar una fórmula per aplicar aquest lema, aquesta seria: "que cada professional faci el que sap fer, però sobretot, en el moment adequat". Nosaltres ens hem guiat clarament per aquestes premisses des del moment en que es va prendre la decisió d'implementar la Unitat Funcional de Patologia Mamària.

La nostra feina en els darrers anys s'ha adreçat a consolidar la focalització i integració multidisciplinària dels professionals que intervenen en el procés assistencial.

Un exemple senzill d'aquesta integració fou la incorporació d'un especialista en Medicina Nuclear per procedir a la validació de la tècnica del gangli sentinella, tècnica ja estandaritzada al nostre grup de treball. Tenim ja previst com ampliar la nostra capacitat de resposta a una necessitat, cada vegada més prioritària, com és la cirurgia plàstica i reconstructiva de la mama. Però, el més important és que tots els professionals que integren la Unitat tenim ben definit el nostre paper en el procés.

La incorporació de canvis en el procés diagnòstic com la mamografia digital i la estandarització de la resonància magnètica són dos punts de millora especialment destacables. La resonància magnètica ens ha permès millorar sensiblement l'estimació de l'avaluació de la resposta en aquells casos tractats amb quimioteràpia primària o neoadjuvant, estratègia cada vegada més implementada a la nostra Unitat Funcional.

També ens ha interessat tenir al nostre abast instruments que ens permetin analitzar els nostres resultats d'activitat clínica. L'evolució d'un Registre de Tumors molt consolidat ens ha permès, ja actualment, disposar de dades de Supervivència Observada,



Relativa i Específica dels darrers 13 anys. Amb aquestes dades podem mesurar l'impacte en supervivència de les diferents estratègies que s'han implementat i que s'implementaran al llarg dels diferents períodes de temps.

Romanen moltes coses per fer i per millorar. La incorporació de tecnologies de darrera generació en Radioteràpia és també un objectiu a punt de fer-se realitat. Un altre criteri de millora en el procés evolutiu de la Unitat crec que és el fet de la incorporació de molts dels nostres professionals en grups de recerca. Aquest fet facilita l'oferta de millores potencials tant en el programa diagnòstic com en el terreny del tractament que apliquem a les nostres malalties.

Ignasi Tusquets Trias de Bes
Coordinador de la Unitat Funcional de Patologia Mamària



Supervivència en càncer de mama

Hospital del Mar 1992-2005

La supervivència en càncer de mama és un dels indicadors que més bé avaluen els resultats clínics d'aquesta malaltia, car permet analitzar l'impacte de les noves teràpies, les estratègies de detecció precoç i les millores en la qualitat assistencial.

El Registre de Tumors de l'Hospital del Mar (RTHMar) és un bon instrument per a la realització d'aquesta anàlisi ja que un dels seus objectius és efectuar el seguiment dels pacients de càncer. El RTHMar es va constituir l'any 1978 i registra tots els casos de càncer assistits al nostre centre, recollint-ne una colla de variables clíniques molt rellevants. Per determinar l'estat vital (viu/mort) dels pacients, el RTHMar disposa en primer lloc d'un sistema de seguiment automatitzat, de forma que si el malalt és visitat en qualsevol servei de l'hospital, a consultes externes o al servei d'urgències, la data de seguiment s'actualitza *on-line*: en cas d'èxits a l'hospital o a la unitat de cures pal·liatives, l'estat vital també queda informat. A més, anualment s'efectua el creuament amb el Registre de Mortalitat de Catalunya, que permet obtenir la data i la causa de defunció dels pacients morts fora de l'hospital¹.

L'anàlisi de la supervivència en les pacients de càncer de mama del nostre hospital permet estudiar l'impacte del programa de cribratge

Taula 1. Supervivència específica * a 5 i 10 anys segons estadi clínic al diagnòstic

	Nombre de casos (%)		
		Supervivència específica (IC 95%)**	
		5 anys	10 anys

Global	2.119 (100,0)	88,9% (87,4-90,5)	83,6% (81,2-86,0)
Estadi			
Estadi I	646 (30,5)	97,7% (96,4-99,1)	97,0% (95,3-98,7)
Estadi II	756 (35,7)	91,9% (89,7-94,2)	86,9% (83,4-90,7)
Estadi III	271 (12,8)	86,7% (82,1-91,4)	72,0% (62,5-83,0)
Estadi IV	111 (5,2)	38,6% (27,7-53,9)	21,1% (9,9-45)
Desconegut	335 (15,8)	77,4% (61,1-83,7)	63,9% (61,1-78,7)
Edat			
<50 anys	366 (17,2)	93,5% (90,6-96,6)	88,6% (83,6-93,9)
50-69 anys	1.071 (50,6)	91,1% (89,1-93,1)	87,0% (84,0-90,0)
>69 anys	681 (32,2)	78,3% (74,5-82,4)	73,8% (68,0-80,0)
Període diagnòstic			
1992-1995	350 (16,5)	72,6% (67,9-77,7)	66,3% (61,1-71,9)
1996-2000	830 (39,2)	88,7% (86,5-91,0)	87,3% (84,9-89,9)
2001-2005	939 (44,3)	96,9% (95,7-98,1)	--
Tipus diagnòstic			
Cribratge	567 (50,8)	96,0% (94,0-97,9)	94,9% (92,2-97,7)
Simptomàtic	549 (49,2)	80,5% (76,9-84,4)	74,0% (69,5-78,8)

**Supervivència específica calculada a partir del mètode de Kaplan-Meier.*

***IC 05%: interval de confiança al 95% (entre parèntesis).*

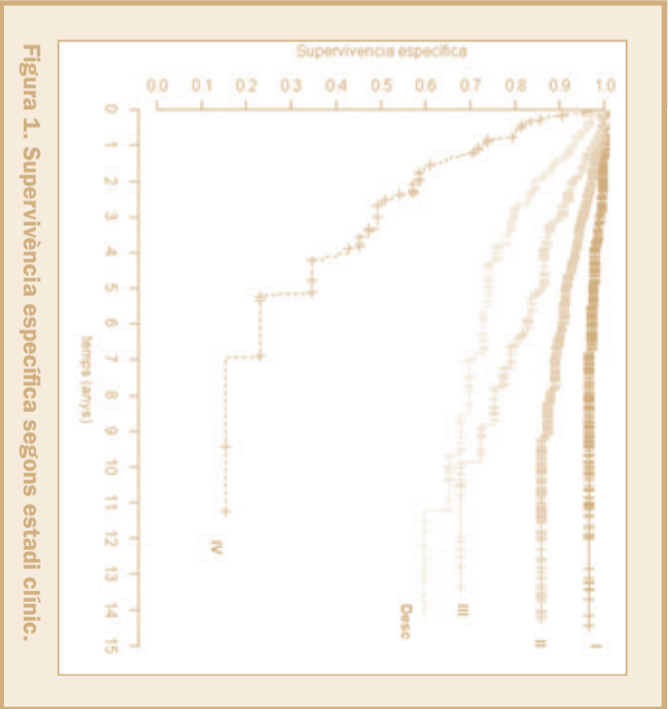
www.imasbcn.org

hi ha hagut una significativa millora de la supervivència, havent passat del 72,6% de supervivència a 5 anys per al període anterior al programa de cribratge (1992-95), fins al 96,9% en el darrer període (2001-2005). També s'observa una clara diferència entre la supervivència dels càncers detectats per cribratge, tant si és poblacional com oportunístic, respecte als detectats arran de presentar algun símptoma: 96,0% i 80,5%, respectivament, a 5 anys.

Veiem, doncs, que la supervivència de les nostres pacients amb càncer de mama ha augmentat de manera remarcable al llarg dels anys, amb resultats actualment molt satisfactoris. Aquesta millora de la supervivència és deguda tant a la incorporació del diagnòstic precoç com a la indicació més individualitzada dels nous tractaments oncològics.

¹L'any 2000 es va signar un conveni entre l'IMAS-Hospital del Mar i el Registre de Mortalitat de Catalunya, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en virtut del qual cada any s'efectua el creuament amb la base de dades de mortalitat. Gràcies a aquest conveni, a més d'actualitzar el seguiment, el RTHMar pot obtenir la causa de la mortalitat, variable bàsica per a determinar la supervivència específica.

²Supervivència per causa específica o corregida: supervivència en què només es consideren les morts per càncer de mama. És una mesura de la supervivència del pacient corregida per altres possibles causes de defunció.



Carcinoma intraductal de mama a l'IMAS

Entre 1990 i 2006, es van diagnosticar *l*o tractar 1.891 casos de càncer de mama als hospitals del Mar i de l'Esperança, dels quals 231 van ser carcinomes intraductals, representant una incidència del 12% del total dels càncers diagnosticats dins aquest període de temps (figura 1).

Procedència dels pacients. 123 pacients, el (53%) provenien de diferents derivacions als dispensaris de Cirurgia i Ginecologia com a patologia de la mama i 108 pacients el (47%) provenien del Programa de Detecció Precoç que es va iniciar als hospitals IMAS l'any 1996.

Característiques clíniques.

L'edat de presentació del carcinoma intraductal de mama més freqüent va ser entre la dècada dels 50 anys amb 83 pacients i dintre de l'edat del cribratge l'edat més freqüent va ser entre els 45 i 69 anys amb un 73% dels casos.

Forma de presentació. Un 75% dels pacients no van presentar simptomatologia davant d'un 25% de casos que sí que van presentar símptomes.

A l'**exploració clínica** un 78% dels casos no eren palpables davant d'un 22% que sí que es palpaven.

La **localització**, un 51% de les pacients van presentar la lesió a la mama dreta i un 48% a l'esquerra, sent bilateral en un sol cas. El **patró radiològic** més freqüent van ser les microcalcificacions amb un 74% de pacients.

El **diagnòstic histopatològic** es va obtenir per la biòpsia amb agulla gruixuda (BAG) a 141 casos dels 231, seguit per la punció aspiració amb agulla fina (PAAF) a 49 casos i la biòpsia quirúrgica es va utilitzar a 31 casos. El diagnòstic de carcinoma es va aconseguir

a 165 casos, sent sospitosos a 29 casos amb lesions de hiperplàsia ductal amb atípies i proliferació papil·lar i la resta, 9 casos, va ser una miscel·lània.

Tractament quirúrgic. D'un total de 219 pacients intervinguts quirúrgicament de carcinoma intraductal de mama, 160 pacients el (73%) van presentar lesions no palpables que van precisar senyalització radiològica prèvia a la cirurgia pel Servei de Radiologia dels nostres hospitals. La tècnica més utilitzada va ser la col·locació d'un arpo quiet per ecografia o esterotàxia.

La **tècnica quirúrgica** més utilitzada va ser la cirurgia conservadora, tumorectomia a 200 pacients davant de 29 pacients que es va practicar una cirurgia radical en forma de mastectomia. La cirurgia axil·lar que es va practicar: a 36 casos una limfadenectomia axil·lar i a partir de l'any 2002 que es va iniciar la tècnica de la biòpsia selectiva del gangli sentinella als nostres hospitals i es va practicar a 75 dels nostres pacients; a cap dels casos que es va fer la BSGC o la limfadenectomia axil·lar completa vàrem trobar cap adenopatia metastàsica.

Biòpsia selectiva del gangli sentinella al carcinoma intraductal.

A l'IMAS es va començar la tècnica a l'any 2002 i es va acceptar com a criteri d'inclusió carcinomes intraductals d'alt grau tipus comedocarcinoma, amb àmplia extensió per la incidència de microinfiltració o de probable afectació del gangli sentinella. Es van incloure dins del període 2002 al 2006, 75 pacients sobre 122 intervencions quirúrgiques un 62% de casos. La tècnica es va realitzar la tarda abans de la cirurgia al Servei de Medicina Nuclear, la via d'administració més utilitzada va ser la subdèrmica seguida de la peritumoral, es va aconseguir drenatge al 99%

www.imasbcn.org