

**núm 25**  
Octubre 2011

# 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 del l'Esperança  
T. 93 367 43 14

Imatge: John Hayman

## Avaluació del risc de resultats falsos positius en els programes de cribratge d'Espanya (projecte RAFP).

*Maria Sala Serra, Rubén Roman Expósito  
i Xavier Castells Oliveres*  
Servei d'Epidemiologia i Avaluació

En el context de l'avaluació de l'efectivitat dels programes de detecció precoç del càncer de mama hi ha un debat intens sobre el balanç entre els beneficis (reducció de la mortalitat, ja ben determinada) i els riscos o efectes adversos, molt menys avaluats.

El benefici esperat de l'extensió de la pràctica continuada de la mamografia de cribratge comporta, efectivament, alguns efectes adversos per a les dones participants. Així, hi ha un percentatge de dones en què el resultat de la prova no és el correcte, ja sigui perquè classifica una imatge de la mamografia com una possible lesió maligna que, després de més proves, no es confirma que sigui un càncer (fals positiu), o perquè no detecta una lesió maligna existent (fals negatiu).

Els resultats falsos positius generen preocupació i ansietat a les dones afectades, així com més proves addicionals amb uns costos associats. No obstant, els resultats falsos positius són un aspecte intrínsec i en part inevitable dels programes de cribratge i les Guies europees de qualitat del cribratge de càncer de mama consideren acceptables percentatges de falsos positius iguals o inferiors al 5-7%.

Continua a la pàgina 2 →

**PROJECTE RAFFP**

En aquest context el nostre equip ha liderat un projecte que per primera vegada es plantejava avaluar el risc de resultats falsos positius i els seus determinants en el conjunt de 10 programes de **8 comunitats autònomes d'Espanya**.

L'objectiu del projecte era estudiar quin és el risc per a una dona participant de presentar un resultat fals positiu en una mamografia de cribratge, tenint en compte les característiques del programa (lectura simple o doble, mamografia digital o analògica, nombre de projeccions, etc.), l'experiència del radiòleg i les característiques de la dona (edat, menopausa, antecedents familiars o personals de patologia mamària, ús de tractament hormonal substitutiu, etc.).

Es va analitzar una cohort retrospectiva de dones de 45 a 69 anys d'edat, participants en qualsevol dels 10 programes de cribratge de l'estudi. Mitjançant models mixtos de risc a temps discret es va estimar el risc d'una dona cribrada de presentar un resultat fals positiu. Així mateix, es va analitzar l'efecte de les característiques del protocol de lectura mamogràfica i de la dona en el risc de fals positiu, tant per a qualsevol tipus de prova com per a proves invasives (punció amb agulla fina, core-biòpsia i biòpsia quirúrgica). Finalment es va calcular el risc acumulat de tenir un resultat fals positiu al llarg de la participació a totes les rondes de mamografies de cribratge, és a dir, cada dos anys, des dels 50 fins els 69 (màxim de 10).

**PRIMERS RESULTATS**

La cohort estava formada per un total de **1.565.364 dones** a qui s'havien realitzat un total de 4.739.498 mamografies de cribratge. La proporció de dones amb resultat fals positiu per a qualsevol tipus de prova va ser d'un 8,6% en cribratge inicial i de 4,1% en cribratges successius, mentre que la proporció de dones amb resultat fals positiu després d'una prova invasiva va ser molt inferior (1% en cribratge inicial i 0,3% en cribratges successius) (taula 1).

Per a una dona que participa en un programa, el risc acumulat de tenir almenys un resultat fals positiu després de 10 rondes de cribratge és d'un 20,4%, si bé aquest risc té un rang molt ampli en funció de les característiques de la dona i del programa, oscil·lant entre un 45,4% en els casos de més risc (programes amb lectura doble, una projecció, mamografia analògica, dones pre-menopàusiques, amb procediments invasius previs i antecedents familiars de càncer de mama) i un 6,2% en els de menys (figura 1).

El risc acumulat de tenir un resultat fals positiu en procediments invasius oscil·la entre un 1%

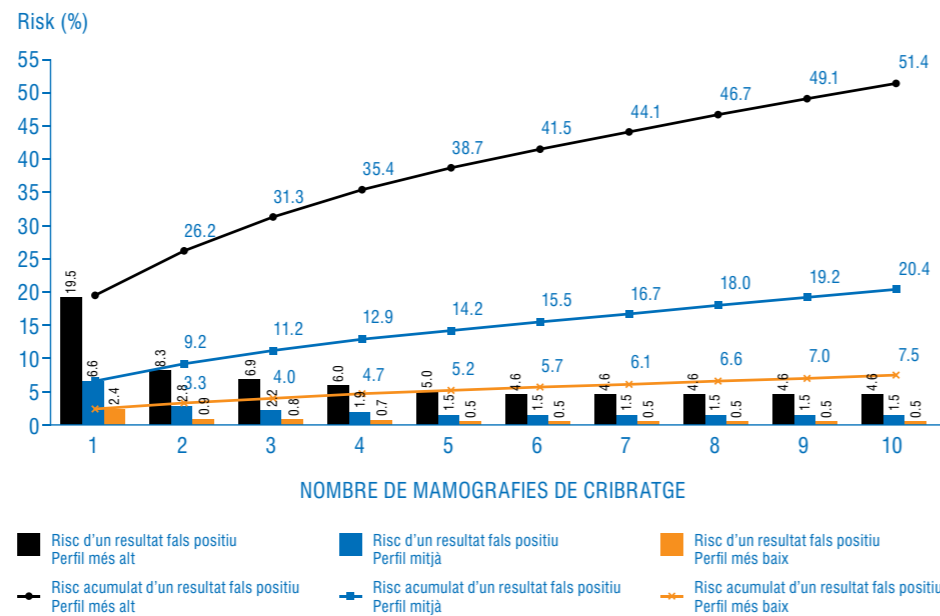
**TAULA 1**

Taxa de resultats falsos positius i de detecció de càncer per tipus de cribratge (inicial i successiu)

	PRIMER CRIBRATGE		CRIBRATGE SUCCESSIU		TOTAL	
Taxes	n	Percentatge [95% IC]	n	Percentatge [95% IC]	n	Percentatge [95% IC]
Fals positiu (qualsevol prova)	134,757	8.6 (8.56-8.65)	130,044	4.10 (4.08-4.12)	264,801	5.59 (5.57-5.61)
Fals positiu (proves invasives)	15,894	1.02 (1.00-1.03)	8,542	0.27 (0.26-0.28)	24,436	0.52 (0.51-0.52)
Detecció càncer	7,065	0.45 (0.44-0.46)	9,464	0.30 (0.29-0.30)	16,529	0.35 (0.34-0.35)

**FIGURA 1**

Risc acumulat i hazard risc d'un resultat fals positiu. Edat d'inici 50-51 anys. Perfils de risc més alt, mitjà i més baix



(95%CI: 0,89-1,05) i un 5,8% (95%CI: 5,61-5,98) en els casos de menys i més risc, respectivament.

Els factors associats a un major risc de fals positiu per a qualsevol prova, ajustant simultàniament per tots els altres factors, van ser (taula 2): edats més joves en el cribratge (OR=1,5 en dones de 44-49 comparat amb les de 65-69), lectura doble de la mamografia (OR=1,34), estat pre-menopàusic (OR= 1,31), proves invasives prèvies (OR= 1,52) i antecedents familiars de càncer de mama (OR= 1,18).

Com a **conclusions**, destaquem que una cinquena part de les dones poden presentar un resultat fals positiu al llarg de la participació completa en el programa de cribratge, si bé aquesta proporció pot variar molt en funció de les característiques de la dona i del programa. El risc de tenir un resultat fals positiu després d'una prova invasiva (p.ex. biòpsies) és molt menor. Aquests resultats haurien de servir tant per millorar la informació que es proporciona a les dones com l'efectivitat dels programes, ja que alguns dels factors associats a un major risc són modificables. ■

**TAULA 2**

Risc de fals positiu segons característiques de la dona i del programa

	MAMOGRAFIES DE CRIBRATGE	FALS POSITIU PER A QUALEVOL PROVA Odds Ratio ajustat (95% IC)	FALS POSITIU PER A PROVES INVASIVES Odds Ratio ajustat (95% IC)
<b>EDAT AL CRIBRATGE</b>			
44-49	469,047	1.50 (1.46, 1.54) *	1.44 (1.30, 1.58) *
50-54	699,256	1.26 (1.23, 1.29) *	1.26 (1.15, 1.37) *
55-59	695,921	1.13 (1.10, 1.16) *	1.06 (0.97, 1.16)
60-64	633,845	1.06 (1.03, 1.09) *	0.96 (0.88, 1.06)
65-69	279,36	Ref.	Ref.
<b>MÈTODE DE LECTURA</b>			
Simple	443,131	Ref.	Ref.
Doble	2,334,298	1.34 (1.26, 1.42) *	1.92 (1.55, 2.38) *
<b>NOMBRE DE PROJECCIONS</b>			
Una	1,332,301	Ref.	Ref.
Dues	1,445,128	0.60 (0.58, 0.61) *	1.42 (1.32, 1.53) *
<b>TIPUS DE MAMOGRAFIA</b>			
Analògica	2,760,864	Ref.	Ref.
Digital	16,565	0.62 (0.57, 0.67) *	0.85 (0.63, 1.14)
<b>TTM. HORMONAL SUBSTITUTIU</b>			
No	2,485,550	Ref.	Ref.
Sí	291,879	1.03 (1.01, 1.05) *	0.84 (0.78, 0.90) *
<b>MENOPAUSA</b>			
Menopausa	2,157,627	Ref.	Ref.
Premenopàusa	619,802	1.31 (1.29, 1.33) *	1.22 (1.16, 1.29) *
<b>PROVES INVASIVES PRÈVIES</b>			
No	2,585,871	Ref.	Ref.
Sí	191,558	1.52 (1.49, 1.56) *	2.00 (1.89, 2.12) *
<b>ANTECEDENTS FAMILIARS CÀNCER MAMA</b>			
No	2,581,981	Ref.	Ref.
Sí	195,448	1.18 (1.15, 1.20) *	1.21 (1.13, 1.30) *

**Valoració radiològica de la resposta al tractament neoadjuvant**

Ana Rodríguez Arana  
Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDIMAR)

És ben conegut que la resposta completa patològica és el millor predictor de la supervivència a llarg termini en les pacients amb càncer de mama localment avançat que reben tractament neoadjuvant com a primera línia terapèutica.

També sabem que la resposta clínica discrepa sovint de la resposta radiològica a causa de la fibrosi i els canvis residuals; per tant cal valorar les característiques concretes de l'evolució tumoral.

Des del punt de vista radiològic per a valorar la resposta tumoral fem servir els criteris de l'Organització Mundial de la Salut (1):

- RC: No malaltia mesurable**
- RP: Disminució 30% o < diàmetre màxim**
- EP: Increment 30% o > diàmetre màxim**
- EE: No criteris de RP o EP**

Per a la valoració radiològica de la resposta tumoral disposem de tècniques convencionals, mamografia i ecografia, i en els últims anys de la Resonància Magnètica Nuclear (RMN). A la taula 1 podem observar com la RMN ha millorat la correlació en el grau de resposta respecte al resultat anatomopatològic després del tractament quirúrgic definitiu.

Cal tenir present que el diagnòstic precoç d'una mala resposta tumoral pot condicionar un canvi en l'esquema farmacològic buscant resultats òptims. La RMN sembla prometedora en aquest sentit (5).

Al nostre Servei de Radiologia es realitza una valoració inicial prèvia al tractament neoadjuvant, una segona valoració durant el curs de la quimioteràpia i una tercera en finalitzar el tractament, prèvia a la cirurgia definitiva.

**VALORACIÓ PRETRACTAMENT**

La valoració prèvia a l'inici de la quimioteràpia consisteix en la realització de tres proves: mamografia, ecografia mamària i axil·lar i Resonància Magnètica Nuclear (RMN).

Continua a la pàgina 4 →

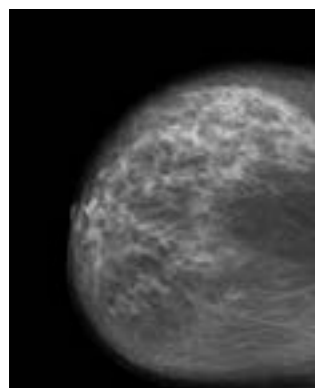


Fig 1

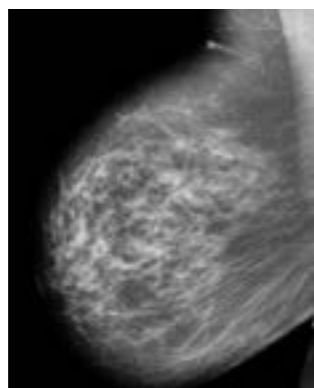


Fig 2

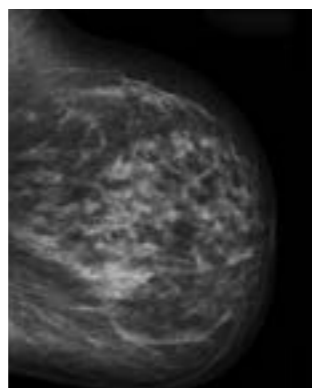


Fig 3

Valoració Radiològica de la Resposta al Tractament Neoadjuvant (2) (3) (4)

	ANATOMIA PATOLÒGICA (%)	ANATOMIA PATOLÒGICA (coeficient correlació)
RMN	89-97%	0,72 – 0,93
Clinica	55%	0,19
Mamografia	52%	0,30 – 0,52



Fig 4

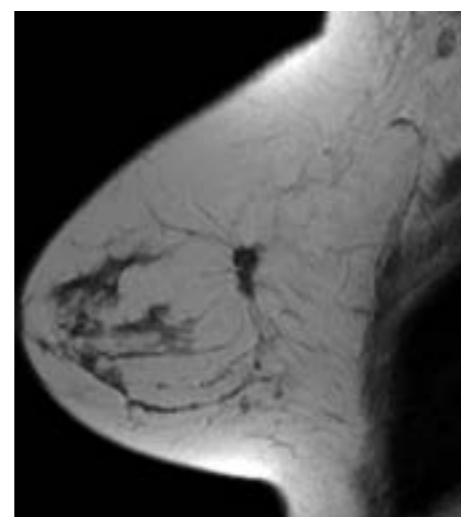
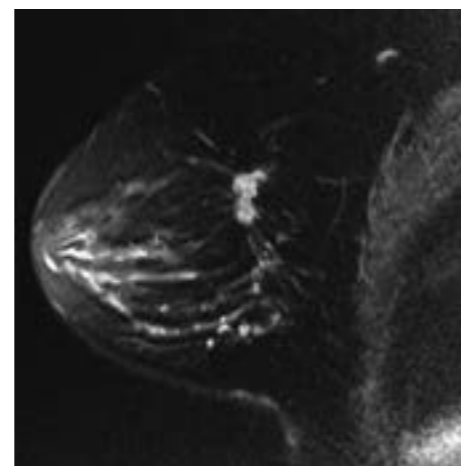


Fig 5

La mamografia es realitza mitjançant la tècnica estàndard, és a dir, una projecció crànio-caudal (CC) (fig. 1) i una obliqua-mediolateral (OML) (fig. 2). Es realitza també una projecció de perfil estricte (fig.3) per a una millor localització de la lesió diana.

L'Ecografia es realitza de manera reglada, per quadrants i amb un transductor d'alta freqüència. Es realitza a més una mesura dels tres diàmetres (longitudinal, transvers i anteroposterior) (fig.4) de la lesió tumoral i es completa amb la valoració axil·lar bilateral per a la caracterització de l'afectació adenopàtica.

La RMN constitueix un estudi morfològic (fig.5) i dinàmic (fig.6) de la lesió diana i permet una valoració més acusada dels seus tres eixos. Permet també la valoració de l'afectació de la paret costal i del múscul pectoral així com del compromís cutani. Defineix també l'afectació dels ganglis axil·lars i de les cadenes mamàries internes.

#### VALORACIÓ DURANT EL TRACTAMENT

S'efectua el marcatge de la lesió diana en acabar el 2n cicle de quimioteràpia. Pot fer-se guiat per ecografia o per estereotàxia segons el tipus de lesió.

S'utilitzarà un marcador específic de titani per evitar l'artefacte metàl·lic en la valoració post tractament mitjançant RMN.

#### VALORACIÓ POST TRACTAMENT

La RMN de control, igual que la inicial, va dirigida a fer una valoració morfològica i dinàmica.

És important la mesura de la grandària tumoral residual i la descripció de la presència de fibrosi.

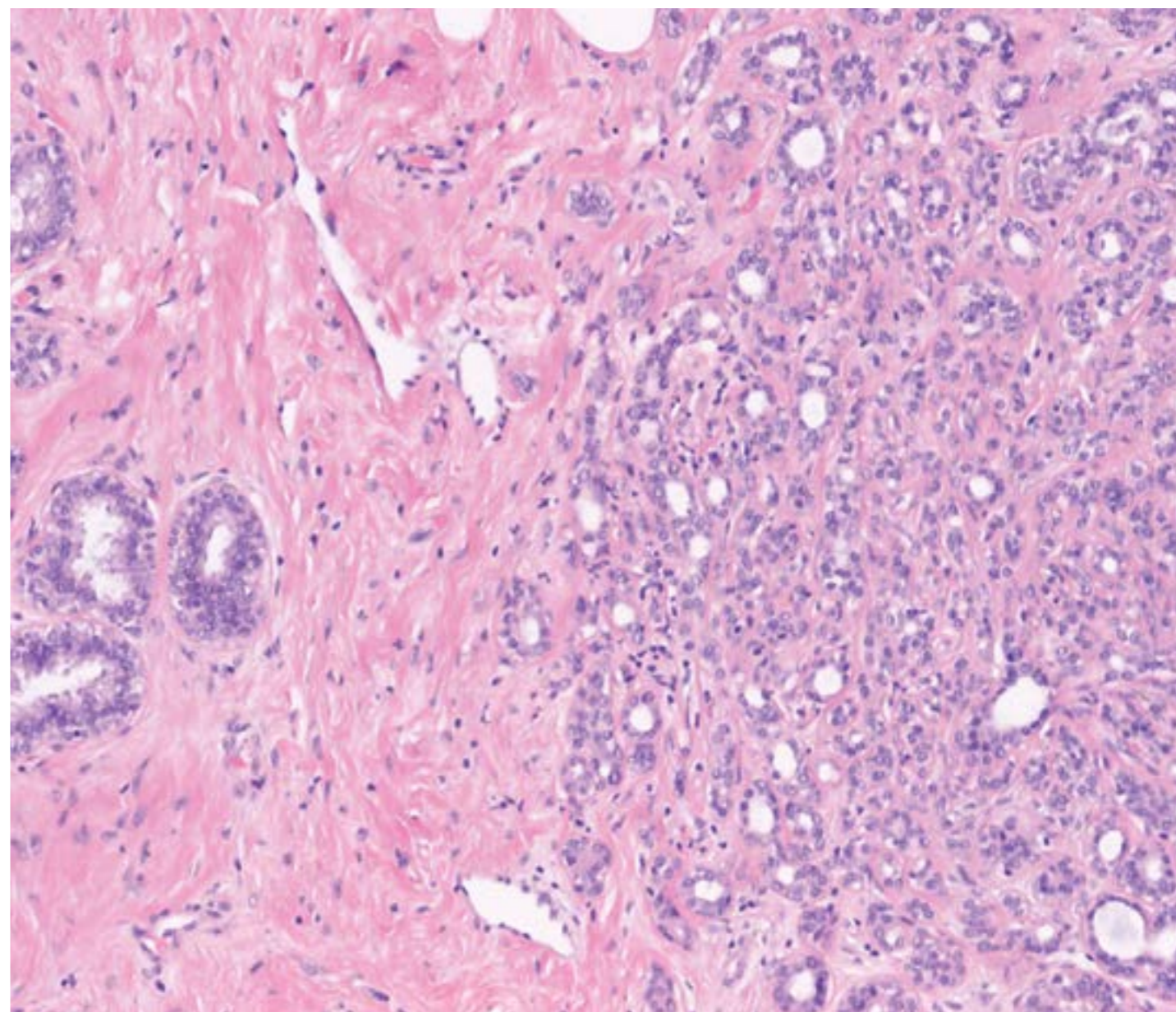
Igualment cal esmentar l'afectació de paret i del múscul pectoral i la valoració d'adenopaties persistents.

El marcatge prequirúrgic de les lesions residuals es fa guiat per ecografia si la lesió residual és nodular i per tant valorable mitjançant aquesta tècnica, o bé guiat per estereotàxia si només és visible el marcador de titani (resposta radiològica completa).

Es col·locarà un arpó a la lesió diana i es realitzarà una comprovació mamogràfica en projecció crànio-caudal i obliqua-mediolateral (CC i OML).

Considerem que la valoració radiològica de la resposta al tractament neoadjuvant mitjançant tècniques convencionals i RMN és imprescindible, ha de ser completa, reglada i protocolitzada per garantir un millor seguiment i finalment un resultat òptim per a les pacients afectades de càncer de mama localment avançat. En conseqüència, en el nostre servei hem implementat la realització de RMN pre i post tractament neoadjuvant, passant de fer 50 ressonàncies magnètiques mamàries l'any 2005 a un total de 284 l'any 2009. ■

- (1) World Health Organization. WHO handbook for reporting results of cancer Treatment
- (2) Prospective Comparison of Mammography, Sonography, and MRI in Patients undergoing Neoadjuvant Chemotherapy for Palpable Breast Cancer. AJR 184, March 2005
- (3) Current Status of Breast MR Imaging. Radiology 2007
- (4) Imaging Breast Cancer. Radiologic Clin North Am 2006
- (5) ACRIN. Contrast-enhanced breast MRI for evaluation of patients undergoing neoadjuvant treatment for locally advanced breast cancer: PROTOCOL 6657. www.acrin.org



A. Adenosi esclerosant

## Lesions proliferatives i atípiques de la mama

Josep M Corominas Torres  
Servei d'Anatomia Patològica

Les lesions proliferatives i atípiques de la mama corresponen a un grup d'entitats histològiques, amb una traducció clínica sovint poc expressiva, que des de la posada en marxa dels programes de cribatge de càncer de mama es diagnosticaven amb més freqüència per imatges mamogràfiques principalment associades a microcalcificacions.

Aquestes entitats morfològiques han rebut nombrosos noms al llarg de la història, probablement perquè no es tracta d'entitats ben defi-

nides, sinó que corresponen a canvis dinàmics al llarg del temps produïts per diferents mecanismes. La seva importància clínica radica en el fet que presenten un augment progressiu del risc relatiu de desenvolupar un càncer.

Totes aquestes lesions tenen lloc principalment en les unitats ducto-terminals de la mama i afecten en més o menys proporció les cèl·lules que la formen (basals, epitelials luminals i mioepitelials). En general, presenten dos aspectes: l'augment de la mesura de les unitats terminals (hipertrofia) i l'augment del nombre de cèl·lules que la formen (hiperplàsia). Aquestes lesions són en part el resultat d'un increment de l'activitat de la proliferació cel·lular, per augment, desregulació de productes mitògens o una resposta incrementada als mateixos (efecte promotor). En el cas de la mama és deguda principalment a l'augment d'activitat estrogènica o desregulació del seus receptors.

Actualment les lesions proliferatives es classifiquen en benignes i atípiques. En les benignes s'hi inclouen les adenosis glandulars i esclerosants, en les quals el risc relatiu de càncer és de 1,27, mentre que la hiperplàsia ductal usual i la hiperplàsia de cèl·lules columnars, tenen un risc relatiu de 1,88. En les lesions atípiques –incloent-hi l'atípic epitelial plana i la hiperplàsia ductal atípica– el risc relatiu de càncer és de 4,24.

Conceptualment l'adenosi glandular correspon a un augment de la mesura i nombre d'unitats terminals amb fenòmens de dilatació glandular. Segons el tipus de cèl·lula luminal es classifiquen en tipus clàssic i columnar (lesió de cèl·lules columnars). En ambdós tipus les tècniques immunohistoquímiques demostren marcadors epitelials en les cèl·lules luminals i presència per

Continua a la pàgina 6 →

sota de cèl·lules amb patró basal i mioepitelial. L'**adenosi esclerosant** presenta una distorsió de l'arquitectura lobular i de les estructures glandulars associada a fibrosi. Les tècniques immunohistoquímiques demostren un augment de cèl·lules mioepitelials, amb col·lapse de les llums glandulars i, a causa de factors d'activació fibroblàstica secretats per les cèl·lules mioepitelials, amb augment de la fibrosi.

La **hiperplàsia intraductal** usual correspon a la proliferació intraductal heterogènia de cèl·lules epitelials luminals, amb presència també de cèl·lules basals i mioepitelials. En la hiperplàsia de cèl·lules columnars hi ha una proliferació intraductal de més de dues capes de cèl·lules de tipus columnars. Aquestes lesions sovint s'associen a microcalcificacions.

Les lesions atípiques es consideren preneoplàstiques i les seves cèl·lules tenen canvis genètics iguals als de les lesions neoplàstiques intraductals, però afecten un nombre molt petit d'unitats lobel·lars. La **atípia plana**, segons la nova classificació de l'OMS, seria sinònima de la **hiperplàsia de cèl·lules columnars amb atípia** i vindria donada per la substitució de les cèl·lules primitives per cèl·lules de citoplasma més gran i nuclis amb nuclèols prominents. En la classificació de lesions proliferatives de la Dra. Tavasoli, corresponen a la neoplàsia intraepitelial ductal grau 1A (DIN 1a). La **hiperplàsia ductal atípica** és la proliferació de cèl·lules epitelials monomorfs que afecten completament una o dues unitats lobel·lars o mesuren menys de 2 mm. Corresponen a la neoplàsia intraepitelial ductal grau 1B (DIN 1b).

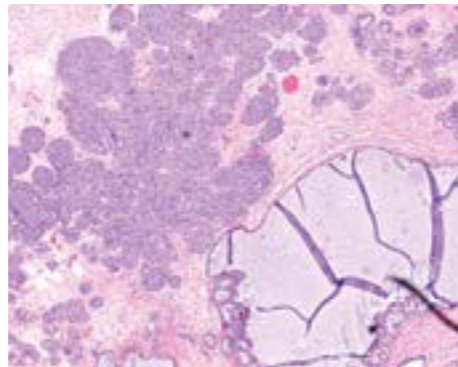
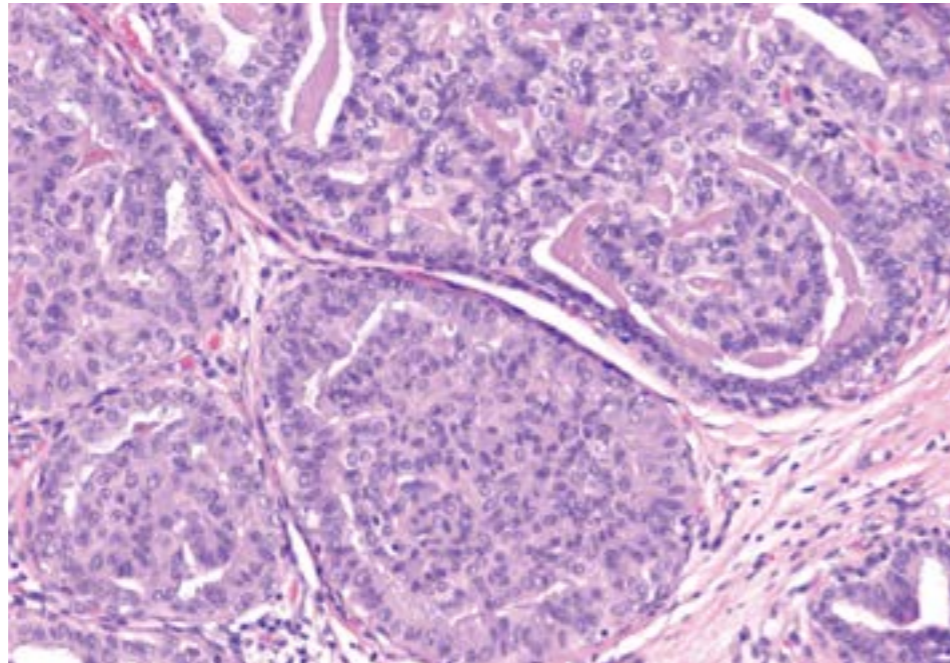
Un altre tipus de lesió a incloure entre les proliferatives és la **hiperplàsia lobel·lar sense atípia i amb atípia**. Aquesta última s'inclou dintre de les denominades neoplàsies intraepitelials lobel·lars, amb canvis genètics similars al carcinoma lobel·lar in situ (principalment pèrdua de caherina E).

Com s'ha indicat abans, aquestes lesions poden coexistir a la vegada i durant la seva evolució

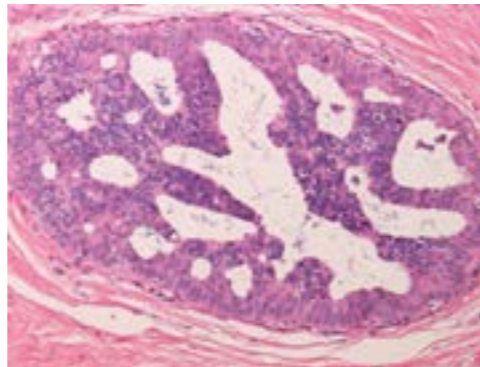
van acumulant alteracions genètiques. Les més freqüents són en el canvis columnars (-16q); en la hiperplàsia de cèl·lules columnars (-16q, -17p); en l'atípia plana (-16q, -17p, +8q); la hiperplàsia ductal atípica (-16q, -17p, +8q, -6q, +17q). A partir d'aquestes lesions es dona pas a la neoplàsia intraepitelial lobel·lar i al carcinoma

lobel·lar infiltrant o bé al carcinoma intraductal de baix grau i al carcinoma tubular. Es pot dir que totes aquestes lesions proliferatives, amb atípia i sense, poden donar tumors de baix grau i amb un immunofenotip luminal A (citoqueratines de tipus epitelial luminal, receptors d'estrògens i progesterona positius i HER2 negativa). ■

B. Hiperplàsia ductal



D. Neoplàsia intraepitelial lobular



C. Hiperplàsia atípica

## Resultats del Programa a Gràcia i a Sarrià-Sant Gervasi

Andrea Burón Pust  
Servei d'Epidemiologia i Avaluació

La cinquena ronda del Programa de detecció precoç del càncer de mama al districte de Gràcia i la quarta ronda al de Sarrià-Sant Gervasi, que

tenen com a referent l'Hospital de l'Esperança, del Parc de Salut MAR, es va dur a terme durant el període 2007-08. Al llarg d'aquests dos anys s'han convocat la totalitat de les dones de 50 a 69 anys d'aquests dos districtes: 14.349 dones a Gràcia i 16.880 a Sarrià.

La cobertura global (coneguda) del Programa ha estat satisfactòria en tots dos districtes, arribant al 83,8% a Gràcia i al 74,5% a Sarrià. Tanmateix, les taxes de participació globals de Gràcia i sobretot de Sarrià (47,1% i 33,4%, respectivament) són

considerablement baixes a causa de l'alt percentatge de cribratge extern, és a dir, de l'elevat nombre de dones que es realitzen mamografies fora del Programa, especialment en el sector privat i de mútues. No obstant, en els cribratges successius les taxes de participació estan per sobre del 70% en tots dos districtes. L'adherència al Programa en aquest grup arriba al 85,6% a Gràcia i al 82,2% a Sarrià-Sant Gervasi.

Les taxes de reconvoatòria globals per a realitzar exploracions addicionals són del 5,8% i 5,7% a

## TAULA 1

RESULTATS DE LA 5a RONDA DEL PROGRAMA AL DISTRICTE DE GRÀCIA (ANYS 2007-2008)

	GLOBAL		CRIBRATGE INICIAL		CRIBRATGE SUCCESSIU	
	n	%	n	%	n	%
Població diana	15.260		7.945		7.315	
Exclusions	911	6,0	608	7,7	303	4,1
Convocades a participar	14.349	94,0	7.337	92,3	7.012	95,9
Cobertura	12.031	83,8	5.544	75,6	6.487	92,5
Participació	6.760	47,1	1.395	19,0	5.365	76,5
Participació 1ª citació	5.821	40,6	1.101	15,0	4.720	67,3
Cribratge extern <sup>1</sup>	5.271	36,7	4.149	56,5	1.122	16,0
Concordança doble lectura		97,2		92,5		98,4

Reconvoatòria	393	5,8	206	14,8	187	3,5
VPP mamografia		6,9		2,9		11,2
PAAF/BAG	94	1,4	40	2,9	54	1,0
VPP PAAF/BAG		25,5		15,0		33,3
Biòpsia quirúrgica	8	0,1	3	0,2	5	0,1
Controls avançats	27	0,4	12	0,9	15	0,3

Taxa detecció càncer (per mil)	27	4,0	6	4,3	21	3,9
Carcinomes in situ <sup>2</sup>	8	33,3	2	33,3	6	33,3
Carcinomes invasius <sup>2</sup>	16	66,7	4	66,7	12	66,7
Carcinomes invasius < 1 cm <sup>2</sup>	3	78,8	1	25,0	2	16,7
No afectació ganglionar <sup>2</sup>	21	93,3	5	100,0	16	88,8
Tractament conservador <sup>2</sup>	20	90,9	5	100,0	15	83,3
Interval de temps diag-tract (mediana)	27 dies		22 dies		29 dies	

<sup>1</sup> Inclou les dones que ja s'havien realitzat una mamografia en els últims 6 mesos.

<sup>2</sup> En el càlcul dels percentatges no s'hi inclouen els casos en què es desconeixen la histologia, estadificació i/o tractament.

Gràcia i Sarrià, respectivament, pràcticament coincidents amb la taxa global mitjana de Catalunya (5,9%). En els cribratges successius són del 3,5% i 3,8%, ben per sota del 5% màxim recomanat per les Guies europees de qualitat del cribratge. En cribratge inicial, en canvi, aquestes taxes superen els estàndards europeus en tots dos districtes. Això és degut al fet que en el nostre Programa, en la primera lectura mamogràfica, no es demanen –per comparar– les mamografies prèvies realitzades en altres centres. La taxa global de controls avançats (dones citades per a una mamografia

de control abans dels dos anys) està per sota del 0,5% en tots dos districtes, valor òptim tenint en compte les recomanacions internacionals de cribratge biennal. El percentatge de proves invasives és reduït i es troba dins dels valors acceptables.

S'han diagnosticat un total de 27 càncers a Gràcia i 23 a Sarrià-Sant Gervasi, que representen una taxa de detecció del 4 per mil en tots dos districtes, taxa que es troba dins dels valors esperables en un Programa de cribratge de càncer de mama en dones de 50 a 69 anys al nostre país.

## TAULA 2

RESULTATS DE LA 4a RONDA DEL PROGRAMA AL DISTRICTE DE SARRIÀ-SANT GERVASI (ANYS 2007-2008)

	GLOBAL		CRIBRATGE INICIAL		CRIBRATGE SUCCESSIU	
	n	%	n	%	n	%
Població diana	17.644		11.379		6.265	
Exclusions	764	4,3	534	4,7	230	3,7
Convocades a participar	16.880	95,7	10.845	95,3	6.035	96,3
Cobertura	12.575	74,5	7.183	66,2	5.395	89,4
Participació	5.648	33,5	1.201	11,1	4.447	73,7
Participació 1ª citació	4.691	27,8	889	8,2	3.802	63,0
Cribratge extern <sup>1</sup>	6.927	41,0	5.982	55,2	945	15,7
Concordança doble lectura		97,0		93,0		98,0

Reconvoatòria	322	5,7	155	12,9	167	3,8
VPP mamografia		7,1		3,9		10,2
PAAF/BAG	64	1,1	24	2,0	40	0,9
VPP PAAF/BAG		32,8		25,0		37,5
Biòpsia quirúrgica	5	0,1	0	0,0	2	0,0
Controls avançats	17	0,3	8	0,7	9	0,2

Taxa detecció càncer (per mil)	23	4,1	6	5,0	17	3,8
Carcinomes in situ <sup>2</sup>	4	19,0	0	0,0	4	25,0
Carcinomes invasius <sup>2</sup>	17	81,0	5	0,0	12	75,0
Carcinomes invasius < 1 cm <sup>2</sup>	7	41,2	2	40,0	5	41,7
No afectació ganglionar <sup>2</sup>	12	66,7	3	60,0	9	69,2
Tractament conservador <sup>2</sup>	15	88,2	3	60,0	12	100,0
Interval de temps diag-tract. (mediana)	25 dies		26 dies		25 dies	

Els càncers in situ suposen el 33% dels càncers detectats a Gràcia i el 19,0% a Sarrià-Sant Gervasi. Un fet indicatiu del bon pronòstic d'aquests càncers diagnosticats precoçment és que en el 93,3% de Gràcia i en el 66,7% de Sarrià no hi havia afectació ganglionar. El percentatge de casos amb tractament conservador és molt alt (90,9% i 88,2% a Gràcia i Sarrià, respectivament), la qual cosa significa que s'ha evitat la mutilació i millorat la qualitat de vida d'un alt percentatge de les dones diagnosticades durant aquest període. ■

## Resum del San Antonio Breast Cancer Symposium

Ignasi Tusquets Trias de Bes  
Servei d'Oncologia Mèdica

En les següents línies oferim un breu resum, en format gairebé de titulars, dels aspectes més rellevants comunicats a la reunió 2009 de l'Annual San Antonio Breast Cancer Symposium (Texas, USA).

Pel que fa a la malaltia operable, i més concretament a la malaltia hormono-dependent, l'estudi IES va confirmar el benefici, tant en supervivència lliure de malaltia com en supervivència global, de l'exemestà administrat després de dos anys de tamoxifèn quan es compara amb cinc anys de tamoxifèn. Aquest fet posiciona un cop més la importància dels inhibidors d'aromatasa en la població postmenopàusica afecta de càncer de mama operable.

Les pacients premenopàusiques afectes de càncer de mama operable amb receptors hormonals positius, es beneficien també de l'administració d'un altre inhibidor d'aromatasa (letrozol) després de cinc anys de tamoxifèn si han entrat en amenorrea definitiva en el decurs dels anys en què han rebut el tractament adjuvant.

L'administració de trastuzumab adjuvant en aquells casos amb sobreexpressió o amplifcació HER2 obté el màxim de benefici quan s'administra en combinació amb els taxans, en aquells programes adjuvants seqüencials. Fóra, doncs, qüestionable la seva administració un cop finalitzat el programa de quimioteràpia adjuvant.

La plataforma genètica Oncotype, que ja va demostrar en el seu dia el seu valor pronòstic i també predictiu en casos de càncer de mama operable, ha demostrat també la seva capacitat predictiva del benefici de la quimioteràpia en aquells casos amb ganglis axil·lars positius.

El fet de tenir un elevat índex de massa corporal o el fet d'ingerir habitualment una quantitat moderada d'alcohol comporta una probabilitat més alta de recaiguda en les dones prèviament diagnosticades de càncer de mama. Aquests dos punts fan palesa la necessitat d'oferir missatges preventius a la nostra població "curada".



L'estudi WHI (*Women's Health Initiative*) ha avaluat l'associació de l'administració de bisfosfonats orals (fonamentalment per a osteoporosi) i la incidència de càncer de mama. En l'anàlisi multivariat que varen efectuar es pot observar que l'administració de bisfosfonats s'associa a un menor risc d'aparició de càncer de mama quan es compara amb la població que no rep aquest fàrmac. Aquestes dades obren la hipòtesi d'un possible efecte quimiopreventiu d'aquestes substàncies, si bé hem de tenir en compte que les dones que reben bisfosfonats és per raó del

diagnòstic previ d'osteopènia o d'osteoporosi, fet que podria anar lligat amb una història natural hipoestrogènica, i per tant, de baix risc de càncer de mama.

Per últim, fer esment de l'anticòs monoclonal Denosumab, que actua a nivell del receptor RANKL, i per tant interfereix en la formació dels osteoclasts, el qual ha demostrat una major eficàcia que l'àcid zoledrònic en la reducció d'events esquelètics secundaris a metastasis òssies. ■

Dipòsit Legal B 6782-2014

Programa de detecció precoç del càncer de mama (Ed. impresa) ISSN 2385-3751

Programa de detecció precoç del càncer de mama (Internet) ISSN 2385-376X



El Butlletí del Programa de detecció precoç del càncer de mama ja no s'edita en paper. Si el voleu continuar rebent en format electrònic, envieu si us plau un missatge a: [pcmama@parcdesalutmar.cat](mailto:pcmama@parcdesalutmar.cat)

Tots els butlletins es poden consultar i descarregar a la pàgina web del Programa: [www.parcdesalutmar.cat/epidemiologia/programa\\_deteccio\\_cmama.html](http://www.parcdesalutmar.cat/epidemiologia/programa_deteccio_cmama.html)