

# **Nowotwory złośliwe piersi - ryzyko zachorowania, zaawansowanie, przeżycia pięcioletnie.**

## **Dolny Śląsk, Dolnośląskie Centrum Onkologii.**

**Przygotowali:**

**Komitet ds. Epidemiologii**

**Beata Hawro, Maria Wolny-Łątka, Jerzy Błaszczyk (przewodniczący),  
Piotr Hudziec, Bartłomiej Szynglarewicz**

**Kamila Kępska – Zakład Epidemiologii Nowotworów**

**Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu  
Lipiec 2009**

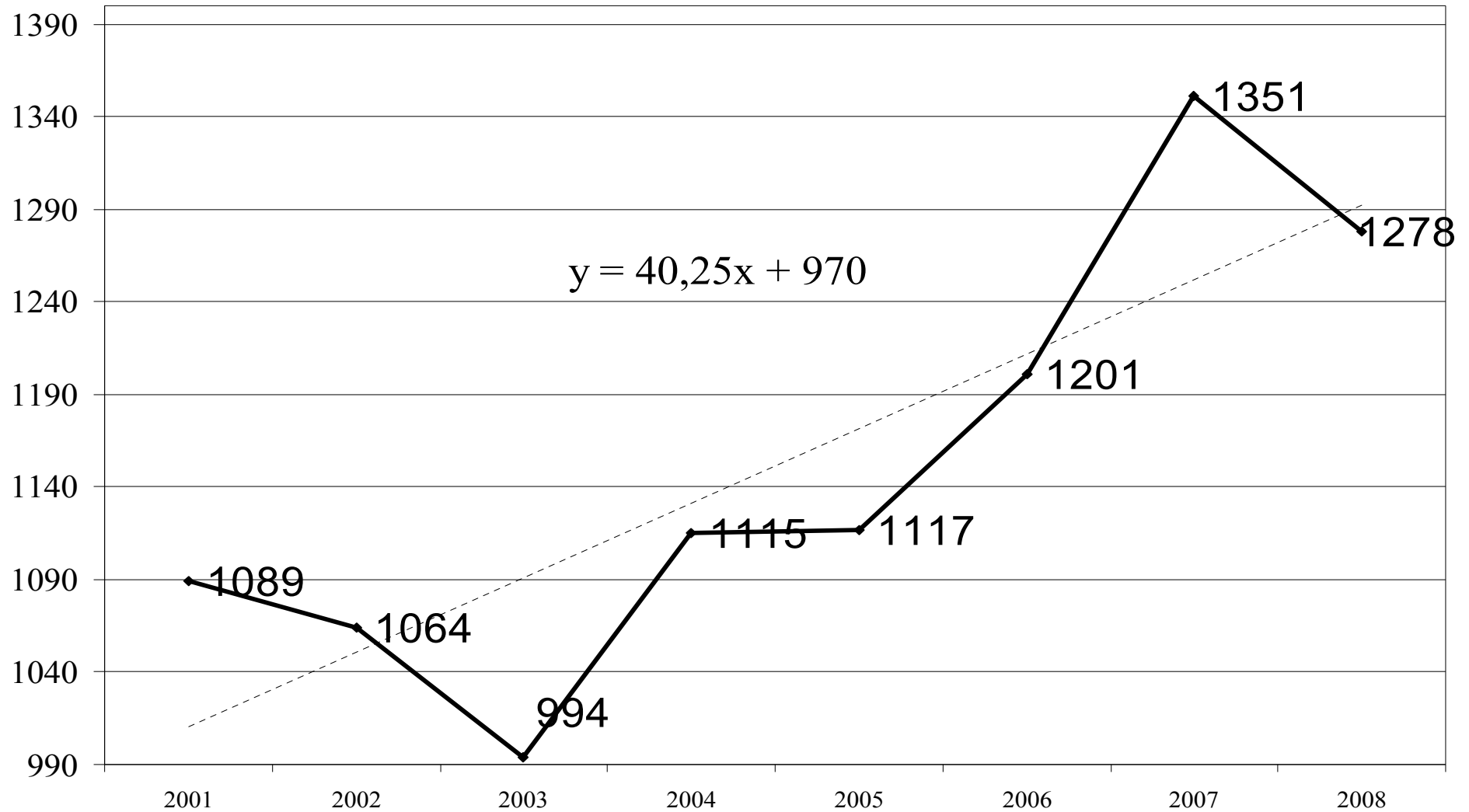
# **1. Epidemiologia**

**Rocznie stwierdzaliśmy w latach 2001-2008 na Dolnym Śląsku 1000-1350 nowych zachorowań.**

**Wykazywały one trend rosnący, z średnim wzrostem o 40 zachorowań rocznie.**

**Wzrost liczby nowych zachorowań wykrytych w roku 2007 niewątpliwie miał związek z rozpoczęciem w tym roku zleconych przez Ministerstwo Zdrowia badań przesiewowych.**

# Zachorowania na C50 u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 2001-2008



## Liczby zarejestrowanych nowotworów przedinwazyjnych (in situ) D05 na Dolnym Śląsku w latach 2001-2005

Rok	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008
Liczba D05	5	4	4	16	26	43 (2,5x)	65 (4x)

**W 2008 roku 47 spośród 65 wszystkich nowotworów D05 (72%) odnotowaliśmy w grupie przesiewowej 50-69 lat.**

## **2. Przeżycia 5-letnie**

**Rokowanie, wyrażone przeżyciem 5-letnim, dla statystycznej chorej z populacji dolnośląskiej wzrastało od lat 80-tych XX wieku.**

**Dla chorych z lat 2000-2001 wynosiło prawie 80 % i było bliskie standardu europejskiego.**

**W latach 2002 i 2003 odsetek przeżyć względnych utrzymywał się na poziomie „prawie 80%” i wyniósł 76% i 76,4%.**

## Przeżycia 5-letnie (względne):

<b>Odsetek przeżyć chorych z lat</b> <b>1985 - 1989</b>	<b>Odsetek przeżyć chorych z lat</b> <b>1990 - 1994</b>	<b>Odsetek przeżyć chorych z lat</b> <b>1995 - 1999</b>	<b>Odsetek przeżyć chorych z lat</b> <b>2000-2001</b>
<b>56,4</b>	<b>62,4</b>	<b>72,1</b>	<b>79,9</b>



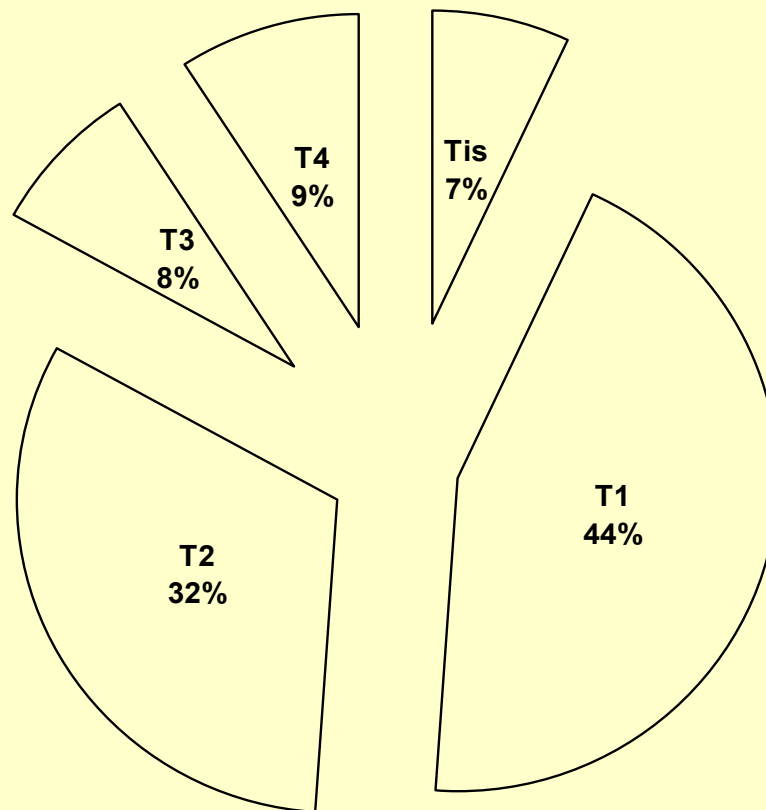
# **3. Zaawansowanie**

**W roku 2008 prawie połowę dolnośląskich zachorowań stanowiły guzy T1, jedną trzecią – T2.**

**Ocenę stagingu przeprowadziliśmy w próbie 2/3 kart zgłoszenia z określonym.**

**Nowotwory in situ stanowiły 7% wszystkich zachorowań.**

## Procentowy udział wielkości guzów (cecha T) w roku 2008



# TNM

- **W roku 2003 TNM do bazy „*Hipokrates*” nie wpisywano zaawansowania TNM, zaawansowanie nie mogło więc być analizowane.**
- **W bazie „*Hipokrates*” z 2008 roku dla Oddziału Chirurgii I wpis „TNM” istniał dla 240 spośród 456 chorych, dla Oddziału Chirurgii II pole TNM było puste.**

- **Dane TNM (potrzebne dla określenia wielkości guza T) uzupełniono z bazy „*Dolnośląski Rejestr Nowotworów*”, gdzie brak TNM stwierdzamy dla 32,5% chorych na raka piersi.**
- **Dla chorych z Chirurgii I zmniejszono odsetek braków TNM do 27,6, dla Chirurgii II aż 61,7% operowanych pozostało bez oznaczonego TNM.**

## Odsetek braków TNM

	<b>Dolny Śląsk</b>	<b>Chirurgia I</b>	<b>Chirurgia II</b>
<b>razem</b>	<b>906</b>	<b>330</b>	<b>128</b>
<b>Brak TNM</b>	<b>436      32,5%</b>	<b>126      27,6%</b>	<b>206      61,7%</b>

## Wielkość guzów (cecha T) C50 w populacji Dolnego Śląska i operowanych w DCO

<b>T</b>	<b>Dolny Śląsk</b>		<b>Dolny Śląsk bez DCO</b>		<b>Chirurgia I</b>		<b>Chirurgia II</b>	
<b>T is</b>	<b>64</b>	<b>7,1%</b>	<b>60</b>	<b>13,4%</b>	<b>4</b>	<b>1,2%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>T1</b>	<b>399</b>	<b>44,0%</b>	<b>117</b>	<b>26,1%</b>	<b>195</b>	<b>59,1%</b>	<b>87</b>	<b>68,0%</b>
<b>T2</b>	<b>290</b>	<b>32,0%</b>	<b>185</b>	<b>41,3%</b>	<b>87</b>	<b>26,4%</b>	<b>18</b>	<b>14,1%</b>
<b>T3</b>	<b>71</b>	<b>7,8%</b>	<b>37</b>	<b>8,3%</b>	<b>23</b>	<b>7,0%</b>	<b>11</b>	<b>8,6%</b>
<b>T4</b>	<b>82</b>	<b>9,1%</b>	<b>49</b>	<b>10,9%</b>	<b>21</b>	<b>6,4%</b>	<b>12</b>	<b>9,4%</b>

**Dla chorych z oznaczonym TNM - 3/4  
chorych operowanych na Oddziale  
Chirurgii I oraz 2/3 całej dolnośląskiej  
populacji (łącznie z DCO) w roku 2008  
występowała podobna struktura  
guzów Tis-T1 (60% vs. 51%).**

**Proporcje te dla guzów T3+T4 wynoszą  
13% : 17%.**



**4. Nowotwory złośliwe piersi  
operowane w DCO  
w latach 2003 i 2008**

## Udział DCO w leczeniu chirurgicznym n.z. piersi

	Dolny Śląsk		DCO Chirurgia I		DCO Chirurgia II	
<b>2003</b>	<b>994</b>	<b>100%</b>	<b>462</b>	<b>46,5%</b>	<b>253</b>	<b>25,5%</b>
<b>2008</b>	<b>1342</b>	<b>100%</b>	<b>456</b>	<b>34,0%</b>	<b>334</b>	<b>24,9%</b>

Na dwóch oddziałach DCO było operowanych w 2003 roku 715 chorych na n.z. piersi z Dolnego Śląska (72% wszystkich nowych zachorowań kobiet), a w roku 2008 - 790 (59%).

**5. Przeżycia 5-letnie chorych  
operowanych w DCO i poza nim  
w roku 2003**

**Wartości przeżyć względnych obliczone dla chorych operowanych na Chirurgii I DCO wynoszą 85,4%, a dla Chirurgii II 81,2%.**

**Są one więc znacznie wyższe od podanych wyżej dla populacji wszystkich dolnośląskich chorych na raka piersi z roku 2003, gdzie stwierdziliśmy 76,4% przeżyć względnych.**

**Obliczony współczynnik dla chorych „nie operowanych w DCO” wynosi 69,3%, więc jest o 12-16% niższy, niż dla DCO.**

**Operacja nowotworu złośliwego piersi w DCO u co dziesiątej chorej zwiększa szanse wyleczenia.**

# **6. Wnioski**

- 1. Hipokrates nie daje możliwości oceny zaawansowania TNM dla leczonych w DCO nowotworów złośliwych. Pole TNM jest w bazie wypełniane częściowo, na niektórych oddziałach – wcale.**
- 2. Wyrażona na spotkaniu Komisji 31 marca hipoteza „*Wymaga ustalenia, czy słuszne jest odczucie lekarzy DCO, że chorzy leczeni tu są w wyższych stadiach zaawansowania, niż w populacji, a jeśli tak – jakie są tego przyczyny*” nie znajdują potwierdzenia w materiale uzyskanym do analizy.**

- 3. Planowana analiza porównawcza przeżyć 5-letnich chorych na C50 leczonych w DCO oraz poza Centrum wobec braku TNM staje się niemożliwa bez analizy zawartości dokumentacji „papierowej” chorych.**
  
- 4. Należy rozważyć wprowadzenie obowiązku klasyfikowania stadium zaawansowania w systemie TNM w Hipokratesie i w kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego (zamiast uproszczonego podziału typu: stadium miejscowe, regionalne itp.)**

**5. Stadium zaawansowania nowotworu jest najważniejszym czynnikiem, który determinuje sposób leczenia, wpływa na skuteczność terapii i określa jej koszt. Należy zatem dążyć do korzystnej struktury nowotworów leczonych w naszym ośrodku w aspekcie stadium zaawansowania. Wobec tego, aby nie zmniejszyć wysokiego odsetka pacjentek z rakiem piersi T1 (68% i 59% w DCO vs. 26% poza DCO) oraz w celu istotnego zwiększenia ilości raków przedinwazyjnych Tis (1,2% i 0% w DCO vs 13,4% poza DCO) należy intensyfikować wczesną diagnostykę tego nowotworu rozwijając badania skryningowe (etap podstawowy i pogłębiony) i programy profilaktyki (popołudniowe poradnie chorób piersi).**



- 6. Podkreślenia wymaga fakt, że w 2003 roku 28%, zaś w 2008 roku 41% pacjentek z rakiem piersi operowanych było poza DCO. W związku z powstawaniem nowych ośrodków, szkoleniem coraz większej liczby chirurgów onkologów z bazy obcej oraz z istniejącymi już możliwościami pełnoprofilowej terapii skojarzonej w innych szpitalach należy liczyć się z możliwością wzrostu tego odsetka.**
- Oprócz działań stricte medycznych, wymienionych powyżej, coraz istotniejszym elementem staje się więc szeroko pojęta polityka public relations, działania marketingowe, promowanie szpitala i kształtowanie pozytywnego wizerunku medialnego.**

**7. Chore operowane w DCO w roku 2003  
rokowały ponad 10% lepszymi przeżyciami 5-  
letnimi, niż operowane poza Centrum.**

# **7. Piśmiennictwo**

- 1. Błaszczyk J., Pudełko M., Bębenek M.: Przeżycia pięcioletnie chorych na nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim z lat 1985-2001. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2007.**
- 2. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2006. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2008.**
- 3. Błaszczyk J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2007. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2009.**