



BREAST CANCER NEWSGROUP

Newsletter di aggiornamento sul tumore del seno

Anno II, numero 17 - 16 novembre 2007

Comitato Scientifico: Francesco Cognetti, PierFranco Conte, Luca Gianni, Roberto Labianca
Editore Intermedia - Direttore Responsabile Mauro Boldrini

NEWS DALLA RICERCA

Incidenza di cancro al seno in donne ipertese in menopausa

L'elevata pressione arteriosa sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di cancro al seno, ma i risultati sono ancora controversi. Un gruppo di ricercatori ... (leggi)

No a radioterapia dopo mastectomia in pazienti con più di quattro linfonodi ascellari positivi e tumori ormono-sensibili?

Le attuali linee guida riguardo la radioterapia dopo mastectomia derivano da studi multicentrici. Lo studio, effettuato dai ricercatori della Divisione di Chirurgia ... (leggi)

Cancro al seno: diagnostica per immagine e ago-biopsia assieme aumentano la sensibilità diagnostica?

È noto da tempo che la sensibilità diagnostica migliori con l'utilizzo di ecografia e mammografia, ma ancora poco si conosce sulla possibile maggiore sensibilità ... (leggi)

Cancro al seno negli Stati Uniti: inversione di tendenza

Dal 1999 al 2003 l'incidenza di cancro al seno negli Stati Uniti è diminuita fino ad assestarsi a un livello stabile segnando la fine di decenni caratterizzati ... (leggi)

Biopsia del linfonodo sentinella, determinazione della radioattività e presenza di metastasi

Per identificare in modo corretto il numero di linfonodi sentinella che devono essere asportati, un gruppo di ricerca della ... (leggi)

Rischio di recidiva locale dopo trattamento conservativo del seno in pazienti con carcinoma lobulare

Il carcinoma mammario lobulare invasivo è caratterizzato dalla multicentricità ed è associato ad elevata incidenza di asportazione incompleta dopo terapia conservativa ... (leggi)

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

I LUNEDÌ SENOLOGICI - Incontri multidisciplinari di senologia (leggi)

MASTER DI II LIVELLO IN "Psiconcologia e Relazione con il Paziente" (leggi)

30TH ANNUAL SAN ANTONIO BREAST CANCER SYMPOSIUM (leggi)

25TH ANNUAL MIAMI BREAST CANCER CONFERENCE IN ORLANDO (leggi)

Per contattare la redazione scrivi a: newsletters@intermedianews.it

I numeri arretrati di Breast Cancer Newsgroup si possono scaricare dal sito web: www.medinews.it

NEWS DALLA RICERCA

INCIDENZA DI CANCRO AL SENO IN DONNE IPERTESE IN MENOPAUSA

L'elevata pressione arteriosa sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di cancro al seno, ma i risultati sono ancora controversi. Un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Psichiatria Infantile dell'Ospedale Universitario di Kuopio, in Finlandia, ha esaminato 9112 donne in post-menopausa con ipertensione, incluse nel registro dell'ipertensione del progetto Karelia del Nord e nel Registro Finlandese del Cancro. Durante i 27 anni di osservazione, l'incidenza di cancro al seno in donne ipertese è risultata simile a quella della popolazione generale nello stesso periodo e della stessa età (tasso d'incidenza standardizzato: 0.96; IC 95%: 0.86-1.05). All'analisi di Cox non è stata rilevata l'associazione tra livelli di pressione arteriosa, o uso di farmaci anti-ipertensivi, e incidenza di cancro al seno. È stata invece osservata un'interazione significativa tra uso di farmaci anti-ipertensivi e pressione diastolica. In donne non trattate con anti-ipertensivi all'inizio dello studio, il valore di pressione diastolica è associato positivamente a successivo rischio di cancro al seno (HR = 1.26/10 mmHg; IC 95%: 1.06-1.46), mentre nelle donne trattate con anti-ipertensivi la pressione diastolica ha effetto opposto anche se ai limiti della significatività (HR = 0.90/10 mm Hg; IC 95%: 0.78-1.01). Dallo studio pubblicato sulla rivista *International Journal of Cancer* emerge quindi che l'incidenza di cancro al seno nelle pazienti ipertese in post-menopausa non differisce da quella della popolazione generale, ma una pressione diastolica elevata può essere associata ad aumentato rischio di cancro al seno in donne non trattate farmacologicamente.

Incidence of breast cancer among postmenopausal, hypertensive women

Lindgren A, Pukkala E, Tuomilehto J, Nissinen A

Department of child psychiatry, Kuopio University Hospital, Kuopio, Finland

International Journal of Cancer 2007; Volume 121, Number 3, Aug 1: Pages 641-644

TOP

NO A RADIOTERAPIA DOPO MASTECTOMIA IN PAZIENTI CON PIÙ DI QUATTRO LINFONODI ASCELLARI POSITIVI E TUMORI ORMONO-SENSIBILI?

Le attuali linee guida riguardo la radioterapia dopo mastectomia derivano da studi multicentrici. Lo studio, effettuato dai ricercatori della Divisione di Chirurgia del Seno dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, ha fornito i dati provenienti da una singola istituzione in cui sono state seguite 650 pazienti sottoposte a mastectomia totale e dissezione ascellare senza radioterapia nel periodo 1997 - 2001 con un follow-up medio di 65 mesi. L'incidenza cumulativa di recidive loco-regionali a 5 anni è stata pari a 6.8% (3.0, 8.1 e 9.9% rispettivamente nelle pazienti linfonodo-negative, con 1-3 e con più di 4 linfonodi positivi). All'analisi multivariata è stata osservata la riduzione del periodo di sopravvivenza libera da malattia nelle pazienti con tumori associati a positività dei linfonodi e che non rispondono agli ormoni. In pazienti recettore-positivo, l'incidenza cumulativa di ricaduta loco-regionale a 5 anni e quindi di sopravvivenza libera da malattia è stata 2.3, 7.6 e 7.6% rispettivamente per i tumori linfonodo negativi, o con 1-3 e più di 4 linfonodi positivi, mentre nelle pazienti con tumore non sensibile agli ormoni l'incidenza era rispettivamente pari a 5.9, 10.3 e 20.0% per le stesse caratteristiche. Dallo studio, pubblicato su *Annals of Oncology*, emerge quindi che le pazienti con tumori ormono-sensibili sottoposte a mastectomia e dissezione ascellare completa (livello III) presentano un basso rischio di recidive loco-regionali anche se quattro o più linfonodi sono positivi, facendo sorgere dubbi sulla necessità della radioterapia dopo mastectomia. D'altra parte, però la radioterapia può giocare un ruolo importante nelle pazienti con tumori non sensibili agli ormoni e con 4 o più linfonodi positivi.

Is avoiding post-mastectomy radiotherapy justified for patients with four or more involved axillary nodes and endocrine-responsive tumours? Lessons from a series in a single institution

Gentilini O, Botteri E, Rotmensz N, Intra M, Gatti G, Silva L, Peradze N, Sahium RC, Gil LB, Luini A, Veronesi P, Galimberti V, Gandini S, Goldhirsh A, Veronesi U

Division of Breast Surgery, European Institute of Oncology, Milan, Italy

Annals of Oncology 2007; Volume 18, Number 8, Aug: Pages 1342-1347

TOP

CANCRO AL SENO: DIAGNOSTICA PER IMMAGINE E AGO-BIOPSIA ASSIEME AUMENTANO LA SENSIBILITÀ DIAGNOSTICA?

È noto da tempo che la sensibilità diagnostica migliori con l'utilizzo di ecografia e mammografia, ma ancora poco si conosce sulla possibile maggiore sensibilità dalla combinazione di ago-biopsia e diagnostica per immagini. A questo scopo, ricercatori del Dipartimento di Diagnostica per Immagini del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze, hanno esaminato un gruppo di 1000 donne con segni e sintomi di cancro al seno. Nello studio, pubblicato sulla rivista *Breast*, sono stati riportati i dati riguardanti distribuzione d'età, stadio del tumore e stato linfonodale, dati clinici e risultati dei test individuali in tutte le pazienti arruolate. La sensibilità (percentuale di vero positivo per cancro) di diverse combinazioni di test (numero di casi persi/1000 indicato tra parentesi) è stata la seguente: mammografia ed ecografia 97.9% (21); mammografia ed ago-biopsia 99.5% (5); ecografia ed ago-biopsia 99.5% (5); diagnostica per immagini combinata ad ago-biopsia 99.6% (4). Usando la sola mammografia o ecografia in combinazione ad ago-biopsia è stata osservata la stessa sensibilità, che risulta aumentata di solo 0.1% quando tutte due le tecniche di immagine sono state incluse nella diagnosi.

Breast imaging and needle biopsy in women with clinically evident breast cancer: does combined imaging change overall diagnostic sensitivity?

Ciatto S, Houssami N

Department of Diagnostic Imaging, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO), Florence, Italy

Breast 2007; Volume 16, Number 4, Aug; Pages 382-386

TOP

CANCRO AL SENO NEGLI STATI UNITI: INVERSIONE DI TENDENZA

Dal 1999 al 2003 l'incidenza di cancro al seno negli Stati Uniti è diminuita fino ad assestarsi a un livello stabile segnando la fine di decenni caratterizzati da aumento d'incidenza. Per approfondire questo fenomeno, un gruppo di ricercatori di Biostatistica del Dipartimento di Salute e Servizi del National Health Institute di Bethesda ha esaminato i modelli di incidenza di età (frequenza e tassi) in cinque decenni. Sono stati utilizzati modelli diversi per analizzare le variazioni di distribuzione di cancro al seno nella popolazione americana nel tempo. Più di 600.000 tumori al seno invasivi e *in situ*, ottenuti dal National Cancer Institute's Connecticut Historical Database and Surveillance, Epidemiology, and End Results raccolti dal 1950 al 2003, sono stati analizzati. Prima della diffusione dello screening mammografico nei primi anni '80, la distribuzione dell'età d'insorgenza del cancro al seno era bimodale, con un picco di frequenza dominante intorno ai 50 anni ed uno più basso intorno ai 70 anni. Con la diffusione dello screening mammografico, la distribuzione bimodale dell'età si è spostata ad una età più avanzata alla diagnosi, ma dal 2000 al 2003 la stessa distribuzione bimodale è ritornata ad età più giovane, analogamente alla distribuzione osservata prima dell'introduzione dello screening mammografico. I modelli età-periodo-coorte hanno confermato distribuzioni significative dello screening, prima e dopo il periodo 1983-1987. L'analisi è stata pubblicata sulla rivista *Journal of Clinical Oncology* ed ha messo in evidenza una tendenza di distribuzione bimodale dell'età nella popolazione generale americana per il cancro al seno, con picchi intorno ai 50 e 70 anni. Le fluttuazioni dinamiche osservate per il cancro al seno ad insorgenza precoce e tardiva probabilmente riflettono un'interazione biologica complessa tra fenomeni legati ad età, fattori di rischio e modalità di screening.

Shifting breast cancer trends in the United States

Anderson WF, Reiner AS, Matsuno RK, Pfeiffer RM

Biostatistics Branch, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Division of Cancer Epidemiology and Genetics, Bethesda, USA

Journal of Clinical Oncology 2007; Volume 25, Number 25, Sep 1: Pages 3923-3929

TOP

BIOPSIA DEL LINFONODO SENTINELLA, DETERMINAZIONE DELLA RADIOATTIVITÀ E PRESENZA DI METASTASI

Per identificare in modo corretto il numero di linfonodi sentinella che devono essere asportati, un gruppo di ricerca della Divisione di Chirurgia del Seno del National Cancer Center Hospital East di Kashiwa, in Giappone, ha esaminato la relazione tra intensità del segnale radioattivo e presenza di metastasi tumorali nel linfonodo sentinella. Sono state analizzate 503 pazienti usando come metodo di rilevamento dei linfonodi sentinella un colorante blu associato ad un tracciante radioattivo. Sono stati prelevati tutti i linfonodi sentinella sino a rimozione di ogni residuo di colorante e/o di radioattività misurabile. Il numero medio di linfonodi escissi è stato pari a 1.7 ± 0.9 ed il numero di linfonodi radioattivi nei linfonodi sentinella asportati è stato di 1.6 ± 0.8 . Nei 503 casi analizzati, sono stati individuati linfonodi metastatici in 123 pazienti e 94 tra queste presentavano linfonodi con segnale radioattivo molto elevato. Una positività per cellule tumorali è stata riscontrata nell'89% dei 61 casi con un singolo linfonodo radioattivo e nel 65% dei 62 casi con linfonodi sentinella radioattivi multipli. Dei 29 casi con linfonodi positivi alla radioattività multipla, metastasi sono state riscontrate in 16 biopsie del linfonodo a intensità di segnale immediatamente inferiore al massimo; in 4 casi la positività è stata rilevata nei linfonodi sentinella non radioattivi ma colorati e in 8 con linfonodi sentinella negativi o falsi negativi (linfonodi sentinella non positivi). Dei 123 casi linfonodo-positivi, 111 presentavano metastasi all'interno dei primi tre linfonodi sentinella più radioattivi. Questi dati, pubblicati sulla rivista *European Journal of Surgical Oncology*, suggeriscono che le metastasi linfonodali non sempre sono rilevate nei linfonodi più radioattivi e, in pratica, tutti i linfonodi radioattivi e/o colorati devono essere rimossi per ulteriori esami.

Sentinel node biopsy in primary breast cancer: radioactive detection and metastatic disease

Wada N, Sakemura N, Imoto S, Hasebe T, Ochiai A, Moriyama N

Breast Surgery Division, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Japan

European Journal of Surgical Oncology 2007; Volume 33, Number 6, Aug: Pages 691-695

TOP

RISCHIO DI RECIDIVA LOCALE DOPO TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEL SENO IN PAZIENTI CON CARCINOMA LOBULARE

Il carcinoma mammario lobulare invasivo è caratterizzato dalla multicentricità ed è associato ad elevata incidenza di asportazione incompleta dopo terapia conservativa del seno. Un gruppo di ricercatori della Facoltà di Medicina dell'Università di Maastricht ha esaminato 416 donne con diagnosi di carcinoma lobulare invasivo e sottoposte a chirurgia conservativa tra il 1995 e il 2002, i cui dati sono stati ottenuti dal Registro del Cancro della Popolazione di Eindhoven. Le cartelle mediche sono state riviste e integrate con informazioni più dettagliate. Il rischio di coinvolgimento marginale è risultato pari a 29% dopo la prima operazione e a 17% quando si teneva conto dello stato finale dei margini nelle pazienti sottoposte nuovamente ad asportazione. Durante il periodo di osservazione, 18 pazienti hanno sviluppato recidiva locale. Il rischio di ricadute locali a 5 anni è stato pari a 3.5% (IC 95%: 2.5-4.5) e a 8 anni il rischio è aumentato a 6.4% (IC 95%: 4.7-8.0). Non è stata osservata alcuna influenza dei margini di resezione chirurgica sul rischio di ricadute locali, né all'analisi univariata né dopo aggiustamento per età, dimensioni del tumore, stato linfonodale e trattamento sistemico adiuvante. Sulla scorta di questi risultati, pubblicati sulla rivista Breast Cancer Research and Treatment, sembrerebbe che le pazienti con carcinoma mammario lobulare invasivo presentino un basso rischio di ricadute locali dopo terapia conservativa malgrado l'alto rischio di asportazione microscopicamente incompleta del tumore.

Margin status and the risk of local recurrence after breast-conserving treatment of lobular breast cancer

van den Broek N, van der Sangen MJ, van de Poll-Franse LV, van Beek MW, Nieuwenhuijzen GA, Voogd AC
Faculty of Medicine, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

Breast Cancer Research and Treatment 2007; Volume 105, Number 1, Sep: Pages 63-68

TOP

AGGIORNAMENTI E CONGRESSI

I LUNEDÌ SENOLOGICI

INCONTRI MULTIDISCIPLINARI DI SENOLOGIA

Firenze Auditorium Banca Toscana

7 Maggio- 4 Giugno- 26 Novembre 2007

Via Panciatichi, 87 Firenze

Per scaricare il programma consulta il sito: www.aiom.it [Eventi e Congressi: Eventi patrocinati da Aiom]

TOP

MASTER DI II LIVELLO IN “PSICONCOLOGIA E RELAZIONE CON IL PAZIENTE”

Il Facoltà di Medicina e Chirurgia Università La Sapienza - Roma

Direttore: prof. Vincenzo Ziparo, Preside Il Facoltà di Medicina e Chirurgia Università La Sapienza, Roma

Coordinatore Scientifico: dott. ssa Anna Costantini, Responsabile UOD Psiconcologia Ospedale Sant'Andrea, Roma
2a edizione 2007-2009

Scadenza: 23 novembre 2007

Sito **web del master:** <http://w3.uniroma1.it/psion>

Per scaricare il piano didattico e la locandina del master consulta il sito: www.aiom.it [Aiom - Appuntamenti]

TOP

30TH ANNUAL SAN ANTONIO BREAST CANCER SYMPOSIUM

Henry B. Gonzalez Convention Center, San Antonio, Texas, USA

December 13-16, 2007

Rich Markow, Symposia Director

7979 Wurzbach Rd., Suite U-524 San Antonio, TX. 78229 USA

Phone: +1 (210) 450-5912

Fax: +1 (210) 450-5009

E-Mail: sabcs@ctrc.net

TOP

25TH ANNUAL MIAMI BREAST CANCER CONFERENCE IN ORLANDO

Loews Royal Pacific Resort, Orlando, FL

February 20-23, 2008

Information: http://www.cancerconferences.com/breast_cancer/index.php

Phone: 888-949-0045

Fax: 214-367-3305

E-Mail: info@cancerconf.com

TOP