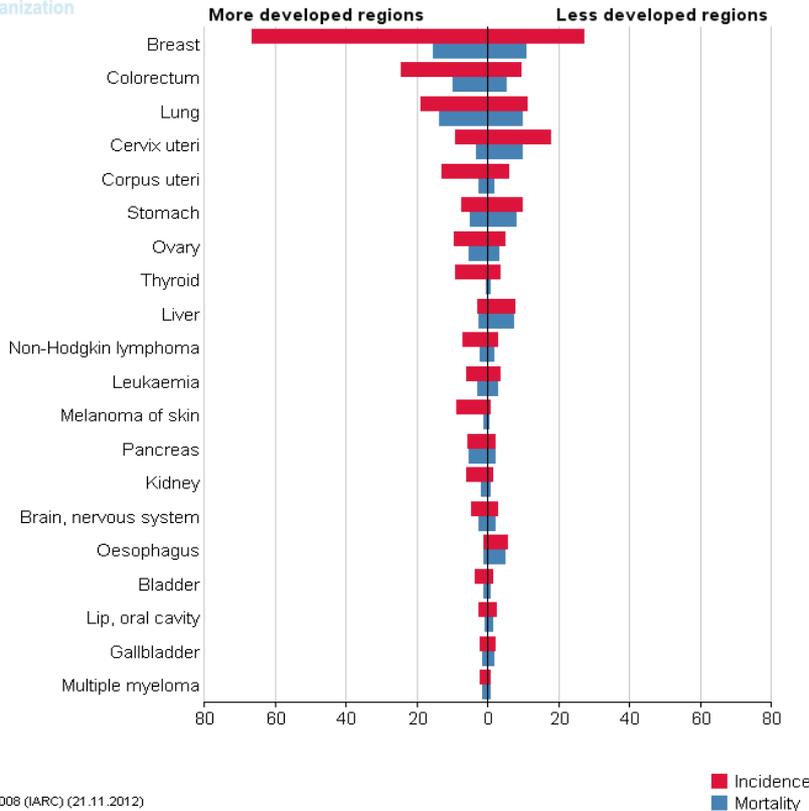




Dati tumore al seno in Piemonte; il significato del percorso multidisciplinare

Isabella Castellano

**Dipartimento di Scienze Mediche Università di Torino
Breast Unit Città della Salute e della Scienza-Torino
Anatomia Patologica (Direttore Prof A.Sapino)**



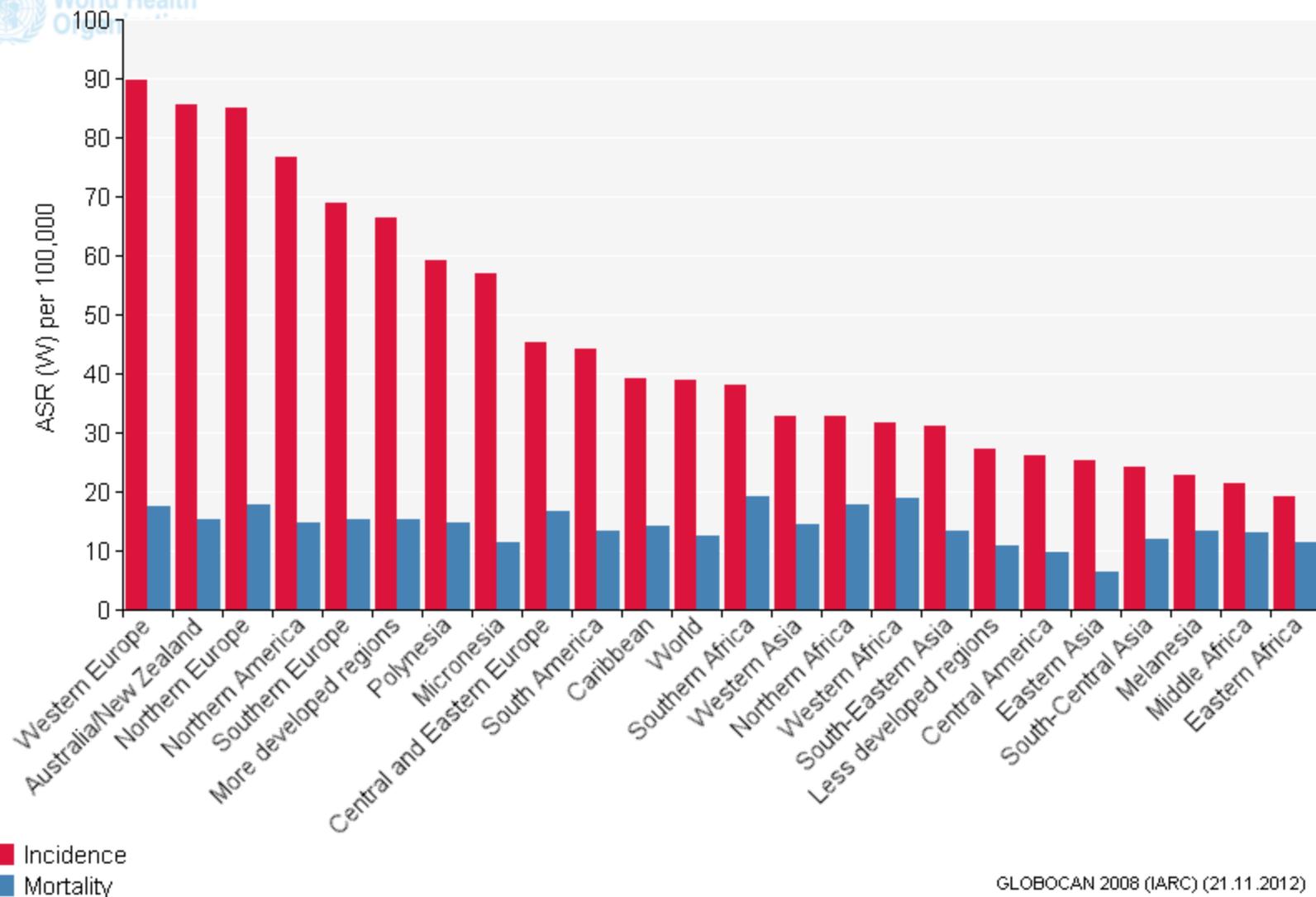
GLOBOCAN 2008 (IARC) (21.11.2012)

- Il cancro della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo
- Nel 2008 sono stati diagnosticati, nel mondo, 1.380.000 nuovi casi: il 23% dei tumori nelle donne.

More developed regions: Europa, Nord America, Australia/Nuova Zelanda e Giappone.

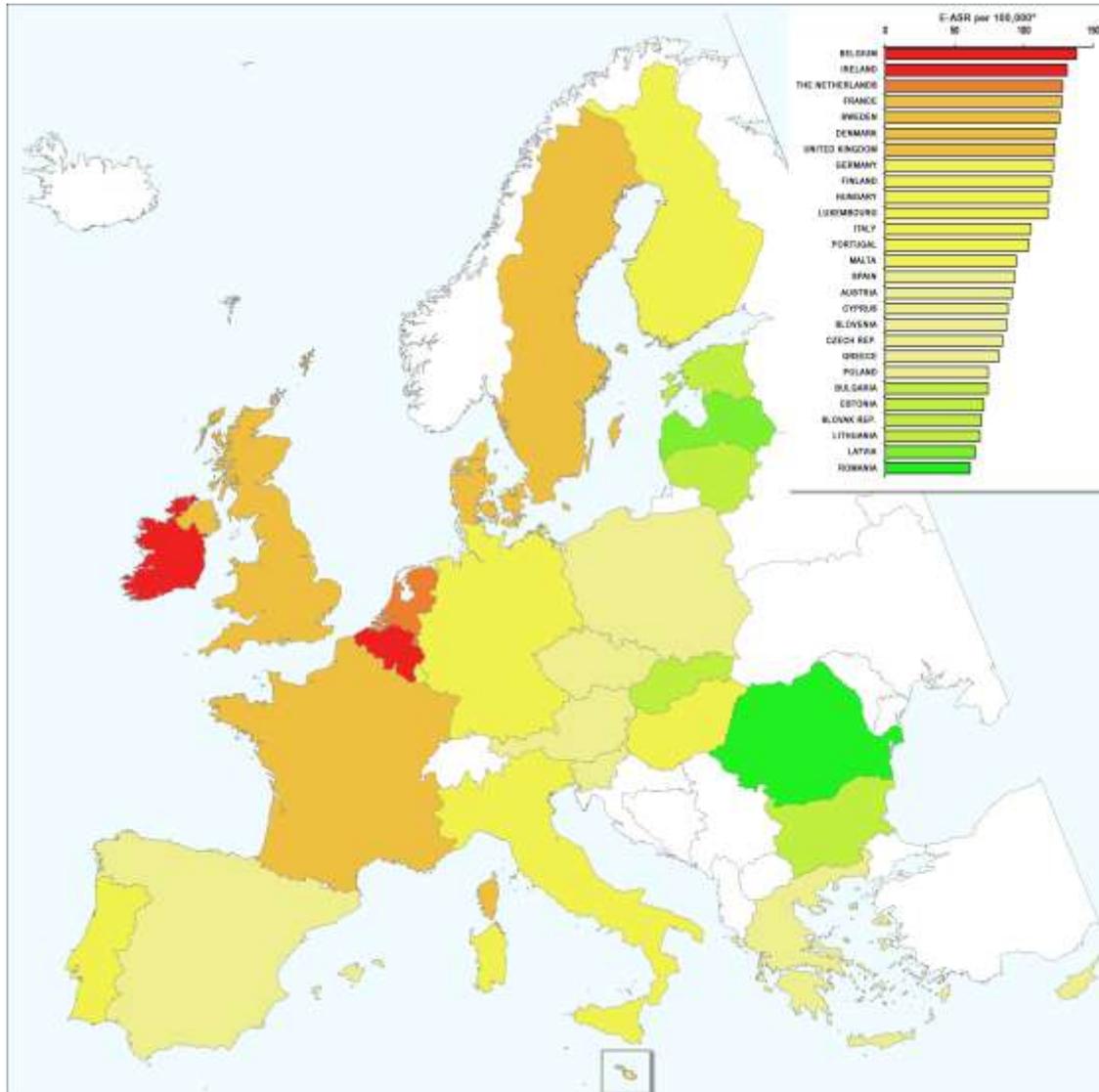
Less developed regions: Africa, Asia (escluso Giappone), America Latina e Caraibi, Melanesia, Micronesia e Polinesia.

Le osservazioni sulle popolazioni migranti hanno dimostrato che **l'influenza dei fattori ambientali è elevata**: i discendenti delle popolazioni a basso rischio migranti dall'Asia in paesi ad alto rischio come gli Usa hanno acquisito in breve un rischio elevato.



BREAST Cancer Incidence in the EU

Age-standardised rates (cases per 100,000 woman-years)
Direct standardization, European reference population



138 / 100,000

105 / 100,000

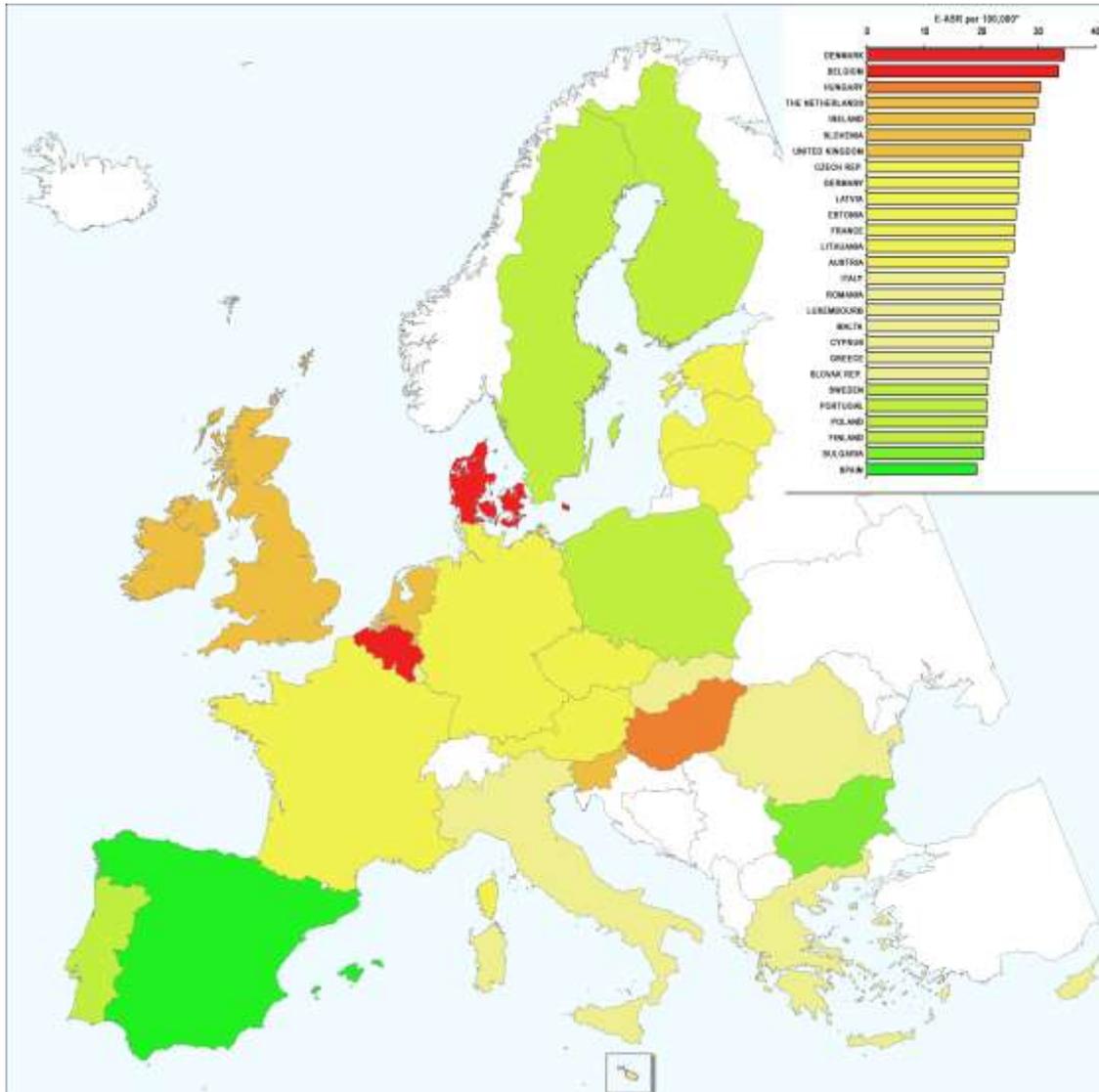
61 / 100,000

Sources:

Karsa, Anttila, Ronco et al. 2008
IARC, ECN and EUNICE projects,
Ferlay et al. Ann Oncol 18: 581-592

BREAST Cancer Mortality in the EU

Age-standardised rates (deaths per 100,000 woman-years)
Direct standardization, European reference population



34 / 100,000

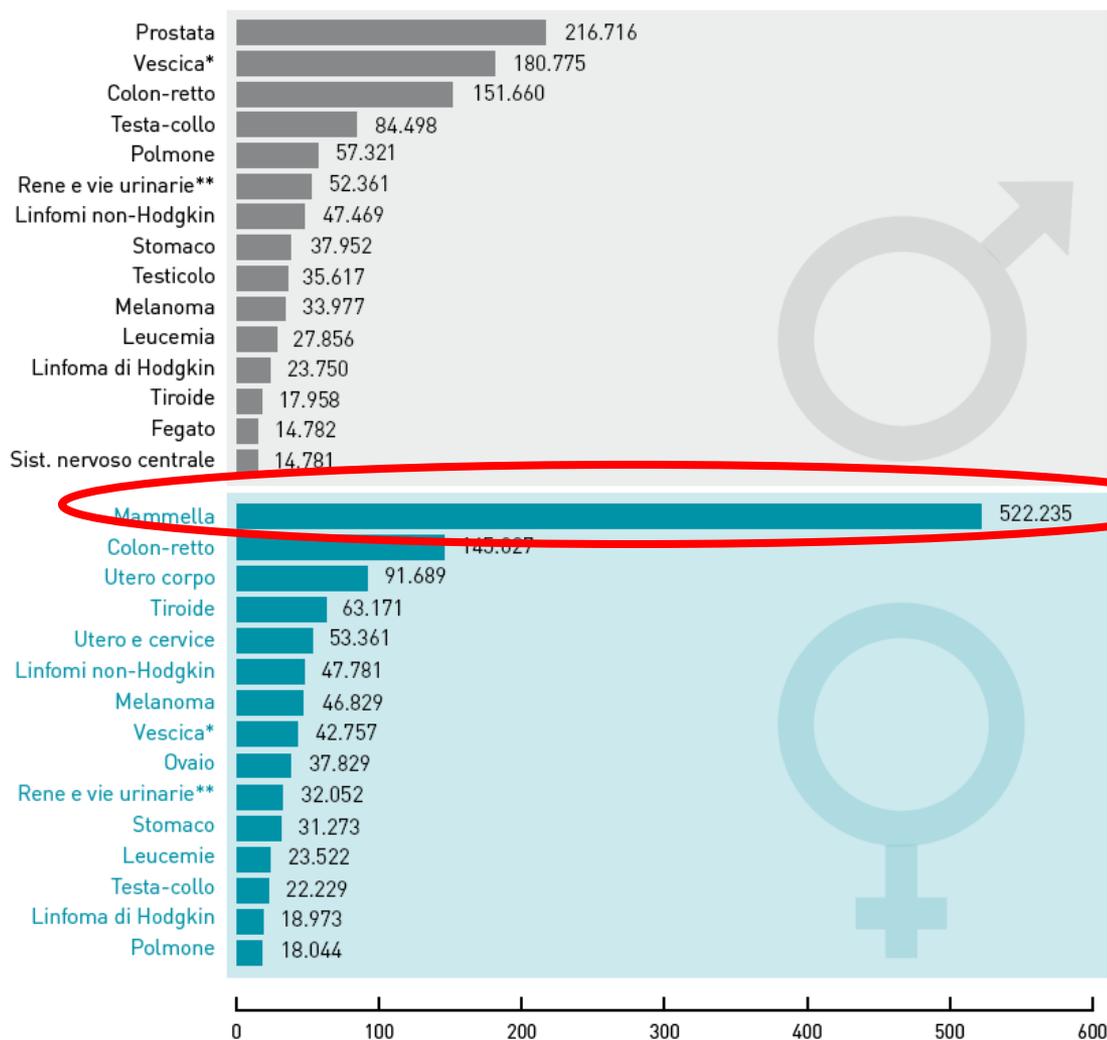
24 / 100,000

19 / 100,000

Sources:

Karsa, Anttila, Ronco et al. 2008
IARC, ECN and EUNICE projects,
Ferlay et al. Ann Oncol 18: 581-592

Mammella – prevalenza (numero di casi che esistono/popolazione)



522.235 donne in Italia che hanno vissuto l'esperienza della Malattia Tumore della mammella

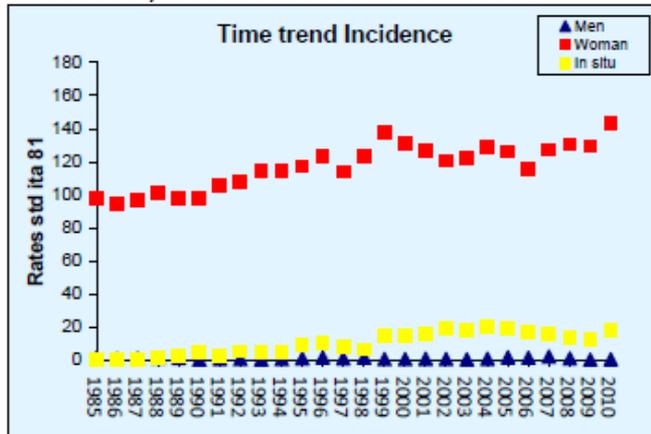
FIGURA 6. Numero stimato di casi prevalenti in Italia per sesso. Prime 15 sedi per frequenza.

* comprende sia tumori infiltranti che non infiltranti.

** comprende rene, pelvi e uretere.

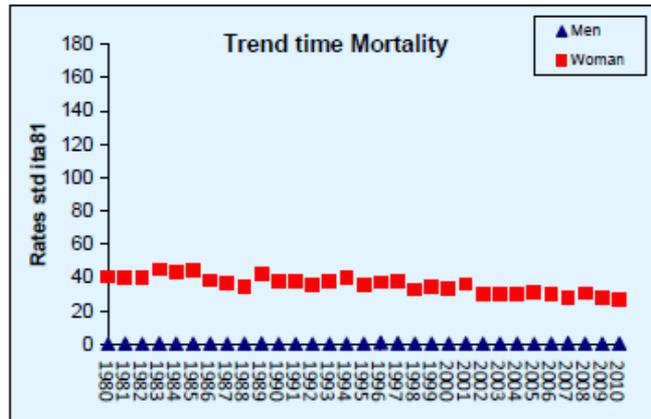
Piedmont Cancer Registry

City of Turin (908,568 inhabitants at 31.12.2010)



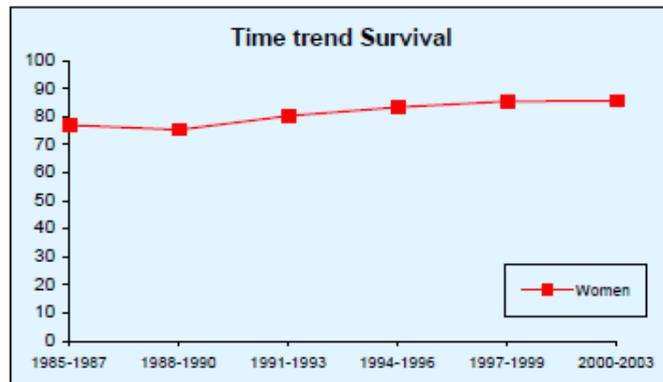
| INCIDENCE Last Update: 2008-2010 | | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----|----------|---------|
| | | MEN | WOMEN | |
| | | | Invasive | In situ |
| N° (average/annual) | | 5 | 895 | 88 |
| RATES | Crude | 1,1 | 188,5 | 18,5 |
| | Age adj (ITA81) | 0,8 | 134,2 | 14,9 |
| | Age adj (WORLD) | 0,5 | 92,5 | 11,3 |

Incidenza (numero di nuovi casi/anno) è in lieve costante incremento



| MORTALITY Last Update: 2008-2010 | | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----|-------|------|
| | | MEN | WOMEN | |
| N° (average/annual) | | | 2 | 225 |
| RATES | Crude | | 0,5 | 47,4 |
| | Age adj (ITA81) | | 0,3 | 29,0 |
| | Age adj (WORLD) | | 0,2 | 17,0 |

La mortalità è diminuita lentamente ma costantemente.



| 5 year Relative Survival TRENDS (f.u. 2008) | | |
|---|--|-------|
| | | WOMEN |
| 1985-1987 | | 76,9 |
| 1988-1990 | | 75,3 |
| 1991-1993 | | 80,2 |
| 1994-1996 | | 83,3 |
| 1997-1999 | | 85,4 |
| 2000-2003 | | 85,5 |

La sopravvivenza a 5 anni e a 15 anni è molto buona



In PIEMONTE

Ogni anno si ammalano di tumore alla mammella 3000 donne
Ogni anno muoiono di tumore alla mammella circa 1000 donne

Aumento di incidenza: (numero di nuovi casi/anno)
diffusione della diagnosi precoce ed invecchiamento della popolazione

Diminuzione del tasso di mortalità: diffusione della diagnosi precoce
(screening) e miglioramento delle terapie chirurgiche e mediche

STIME INCIDENZA REGISTRO TUMORI PIEMONTE

Stime dei tumori in Piemonte nel 2015

DONNE

| TUMORI | Numero Medio Annuo | TASSO GREZZO | TASSO STD (WORLD) | RISCHIO CUMULATIVO 0-84 | △ RISCHIO CUMULATIVO da 64 a 84 anni | PREVALENZA (Casi per 100000 ab.) |
|--|--------------------|--------------|-------------------|-------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| TUTTE LE SEDI (esclusi i carcinomi della cute) | 12028 | 515,78 | 192,35 | 31,08 | 20,48 | 4729 |
| STOMACO | 354 | 15,16 | 4,77 | 1,07 | 0,82 | 77 |
| COLON-RETTO | 1786 | 76,58 | 24,57 | 5,48 | 4,20 | 601 |
| PANCREAS | 596 | 25,57 | 7,00 | 1,69 | 1,40 | 0 |
| * V.A.D.S. | 194 | 8,30 | 3,34 | 0,58 | 0,36 | 74 |
| POLMONE | 919 | 39,28 | 12,97 | 2,97 | 2,31 | 73 |
| MAMMELLA | 3302 | 141,61 | 58,21 | 10,34 | 6,62 | 1912 |
| UTERO CERVICE | 194 | 8,31 | 4,08 | 0,61 | 0,28 | 176 |
| UTERO CORPO | 579 | 24,81 | 13,22 | 1,81 | 0,83 | 294 |
| OVAIO | 453 | 19,42 | 8,51 | 1,35 | 0,77 | 251 |
| ENCEFALO | 168 | 7,20 | 3,40 | 0,52 | 0,30 | 26 |
| LINFOMI | 604 | 25,89 | 13,46 | 1,97 | 1,01 | 245 |
| LEUCEMIE | 276 | 11,84 | 4,53 | 0,82 | 0,57 | 90 |

Aumento dell'incidenza del tumore alla mammella
Aumento delle conoscenze sulla biologia del tumore
Incremento delle “terapie personalizzate”



L'incontro multidisciplinare

Primo lavoro su Pubmed 1956: patologie psichiatriche
Primo lavoro sulla mammella 1972



PERGAMON

European Journal of Cancer 36 (2000) 2288–2293

European
Journal of
Cancer

www.ejconline.com

Position Paper

The requirements of a specialist breast unit

EUSOMA

Obiettivo: fornire a tutte le donne in Europa la possibilità di accedere ad un **servizio specialistico** altamente qualificato nella diagnosi e nella cura del tumore alla mammella

BREAST UNIT: CENTRO DOVE IL TUMORE DELLA MAMMELLA VIENE DIAGNOSTICATO E CURATO

Mandatory requirements

5.2. Core team: gruppo interdisciplinare di specialisti in ambito senologico con differente background culturale, che si riunisce per decidere il miglior trattamento della paziente con tumore alla mammella

Direttore

Radiologi, Patologi, Chirurghi, Oncologi, Radioterapisti, Infermieri, data manager

Ogni membro che ne fa parte **DEVE** avere conseguito uno “special training” sul tumore della mammella

Review

Breast cancer: Multidisciplinary care and clinical outcomes

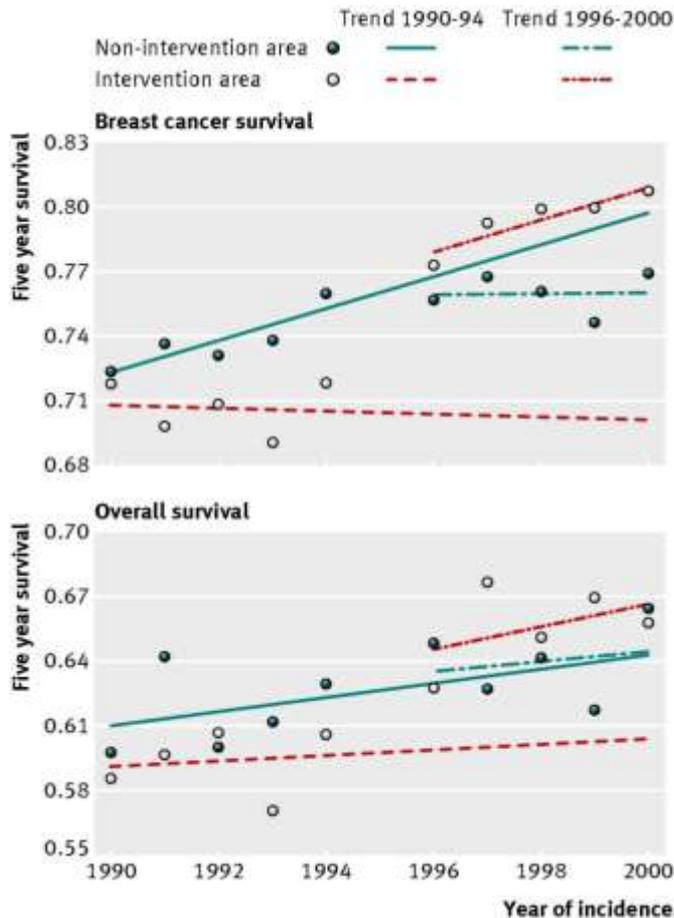
Nehmat Houssami^{a,}, Richard Sainsbury^b*

14 articoli e 1 abstract analizzano l'influenza dell'approccio multidisciplinare sull'outcome clinico

Mancano studi randomizzati di confronto sulla sopravvivenza

Emerge una stretta associazione tra outcome e numero di casi per unità chirurgica senologica

Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women



Confronto fra casi di pazienti con tumore alla mammella prima dell'introduzione del team multidisciplinare (anni 90-95) e dopo (95-2000): aumento della sopravvivenza libera da malattia e della sopravvivenza globale

Conclusioni: beneficio di ricevere una cura da un team multidisciplinare verso un trattamento convenzionale equivale a quello di ricevere una cura specialistica verso una non specialistica

Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries

K. S. Saini^{1,2}, C. Taylor³, A.-J. Ramirez⁴, C. Palmieri⁵, U. Gunnarsson⁶, H. J. Schmoll⁷, S. M. Dolci⁸, C. Ghene⁸, O. Metzger-Filho^{2,8}, M. Skrzypski⁹, M. Paesmans¹⁰, L. Ameye¹⁰, M. J. Piccart-Gebhart^{1,2} & E. de Azambuja^{2,8*}

Annals of Oncology 23: 853–859, 2012

65% Est Europa

63% Ovest Europeo

35% Asia

25% Sud America

Differenti modelli di incontri multidisciplinari

No linee guida standardizzate

La composizione del gruppo multidisciplinare è variabile

La partecipazione del personale infermieristico è bassa

Chi lavora nel gruppo multidisciplinare è soddisfatto



Necessità di uniformazione

The requirements of a specialist Breast Centre

150 NUOVI CASI/ANNO SU UNA POPOLAZIONE DI CIRCA 250.000 ABITANTI

3.6. Multidisciplinary case management meetings

The Breast Centre **must** discuss at least **90%** of all breast cancer cases at MDM.

All cases with needle or surgical biopsy and those cases without a definitive diagnosis **must be** discussed prospectively before any treatment is given.

At the discussion of pre-operative breast cancer cases, the following team members **must be** present: radiologist, pathologist, medical oncologist, surgeon/oncoplastic surgeon, breast care nurse and radiation oncologist.

At the discussion of post-operative cases, the following core team members **must be** present: pathologist, surgeon, medical oncologist, radiation oncologist and breast nurse.

The Breast Centre's database **should be** used at MDM for data retrieval and recording.

Evidence on decisions taken for each patient at the MDM **must be** formally recorded. The team member's participation in each MDM **must be** formally recorded

Siamo sempre tutti d'accordo?



Table 2. The number and proportion of concordant, discordant and no MDT decisions subdivided according to each of the main categories

| Decision category | Concordant, N (%) | Discordant, N (%) | No MDT decision, N (%) | Total decisions |
|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-----------------|
| Biopsy | 27 (96.4%) | 1 (3.6%) | 0 (0%) | 28 |
| Imaging | 230 (92.4%) | 19 (7.6%) | 0 (0%) | 249 |
| Breast surgery | 822 (93.6%) | 37 (4.2%) | 19 (2.2%) | 878 |
| Axillary surgery | 608 (85.6%) | 38 (5.4%) | 64 (9%) | 710 |
| Chemotherapy | 259 (89%) | 25 (8.6%) | 7 (2.4%) | 291 |
| Endocrine | 557 (93.5%) | 13 (2.2%) | 26 (4.3%) | 596 |
| Radiotherapy | 453 (94.8%) | 13 (2.7%) | 12 (2.5%) | 478 |
| Total | 2956 (91.5%) | 146 (4.5%) | 128 (4%) | 3230 |

Multidisciplinary decisions in breast cancer: does the patient receive what the team has recommended?

S Rajan^{*1}, J Foreman², M G Wallis³, C Caldas⁴ and P Britton⁵

Table 1. The number and proportion of decisions in each of the four main MDT decision types

| MDT decision type | Concordant, N (%) | Discordant, N (%) | Total N (%) of decisions |
|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Definite care plan | 2591 (80.2%) | 137 (4.2%) | 2728 (84.4%) |
| One of two options | 84 (2.6%) | 0 (0%) | 84 (2.6%) |
| Flexible care plan | 281 (8.7%) | 9 (0.3%) | 290 (9%) |
| No MDT decision | N/A | N/A | 128 (4%) |
| Total | 2956 (91.5%) | 146 (4.5%) | 3230 (100%) |

Ingiustificati (17%)

Scelta della paziente

Informazioni aggiuntive ottenute dopo la discussione

VANTAGGI

Miglior outcome

Riduzione dell'ansia nelle pazienti

Eur J Anaesthesiol 2013; 30:734–742

Super-specializzazione dell'equipe
senologica

Conoscenza ed aderenza alle
linee guida

Implemento della didattica

SVANTAGGI



-TEMPO/CASISTICA

-LOGISTICA

-STRUMENTAZIONE A
DISPOSIZIONE (attrezzature
informatiche, monitors ect.)

-AUMENTO DELLO STRESS
PER LA COMUNICAZIONE
TRA COLLEGHI

Ann Surg Oncol. 2011;18(8):2116–2125

Cancer Nurs. 2001;24(3):185–191.

J Clin Oncol. 1998;16(5): 1961–1968.

Qual Health Care. 2001;10(2):70–75.

CONCLUSIONI

L'INCIDENZA DEL TUMORE ALLA MAMMELLA E' IN AUMENTATO IN PIEMONTE A CAUSA DELL' INCREMENTO DELLE DIAGNOSI PRECOCE ED ALL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

L'ALTA PREVALENZA DEL TUMORE ALLA MAMMELLA E' LEGATA AD UNA PIU' LUNGA SOPRAVVIVENZA, DOVUTA ANCHE AL MIGLIORAMENTO DELLE TERAPIE

LO STANDARD DELLA DIAGNOSI E DELLA CURA DELLA PATOLOGIA MAMMARIA NON PUO' PIU' PRESCINDERE DAL TEAM MULTIDISCIPLINARE

E' STATO DIMOSTRATO UN MIGLIORAMENTO DELL'OUTCOME IN PAZIENTI CON CARCINOMA MAMMARIO SEGUITE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINARI

A LIVELLO PIEMONTESE OCCORRE IMPLEMENTARE ULTERIORMENTE L'UTILIZZO DELL'INCONTRO MULTIDISCIPLINARE FAVORENDONE UNA LARGA DIFFUSIONE ED UTILIZZO.

Grazie ad Antonio Ponti per la
parte epidemiologica

Grazie a tutti per l'attenzione