

Breast Cancer Unit

Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
Program Edukacyjny



CENTRUM
ONKOLOGII

EPIDEMIOLOGIA



Rak piersi pozostaje najczęstszym z nowotworów złośliwych u kobiet. W 2016 r. w Polsce wystąpiło **18 615** przypadków tego nowotworu, w województwie kujawsko-pomorskim natomiast **1 108**. Spowodował on **6 493** zgonów w kraju i **360** w województwie kujawsko-pomorskim.

Liczba zachorowań na raka piersi, współcz. surowy i standaryzowany

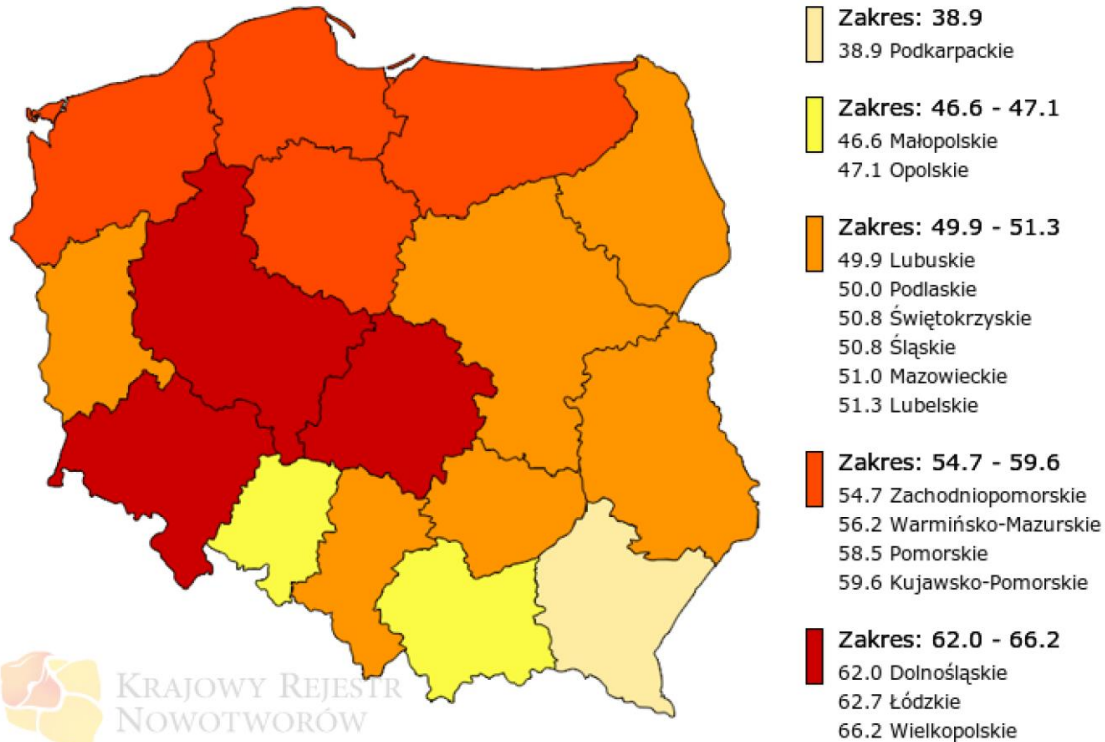
Liczba zgonów z powodu raka piersi, współcz. surowy i standaryzowany

Polska			Województwo kujawsko -pomorskie		
liczba zachorowań	wsk. surowy	wsk. standar.	liczba zachorowań	wsk. surowy	wsk. standar.
18 615	93,85	54,05	1 108	103,13	59,59

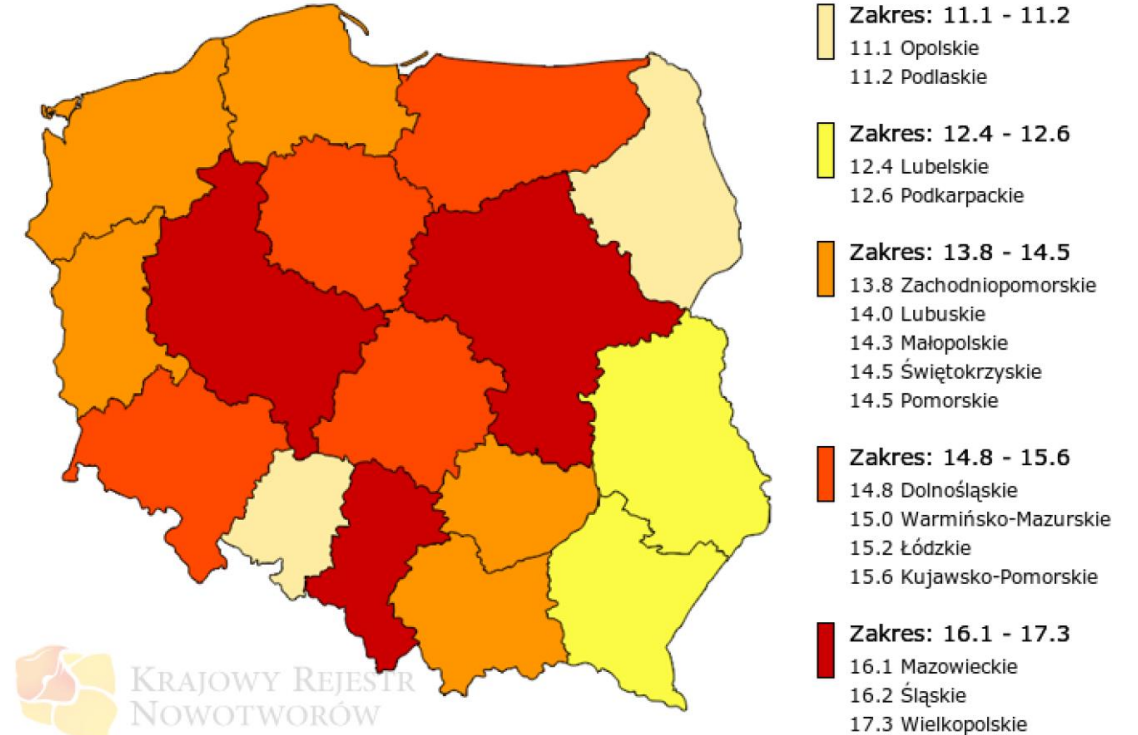
Polska			Województwo kujawsko -pomorskie		
liczba zgonów	wsk. surowy	wsk. standar.	liczba zgonów	wsk. surowy	wsk. standar.
6 493	32,73	14,85	360	33,51	15,62

Województwo kujawsko-pomorskie znajduje się na **czwartym** miejscu w Polsce pod względem liczby zachorowań oraz zgonów (wsk. standaryzowany)

- Typ nowotworu:
 - C50 Pierś
- Standaryzacja: Populacja świata
- Rok: od 2016 do 2016
- Płeć: Kobiety
- Rodzaj: Zachorowania



- Typ nowotworu:
 - C50 Pierś
- Standaryzacja: Populacja świata
- Rok: od 2016 do 2016
- Płeć: Kobiety
- Rodzaj: Zgony

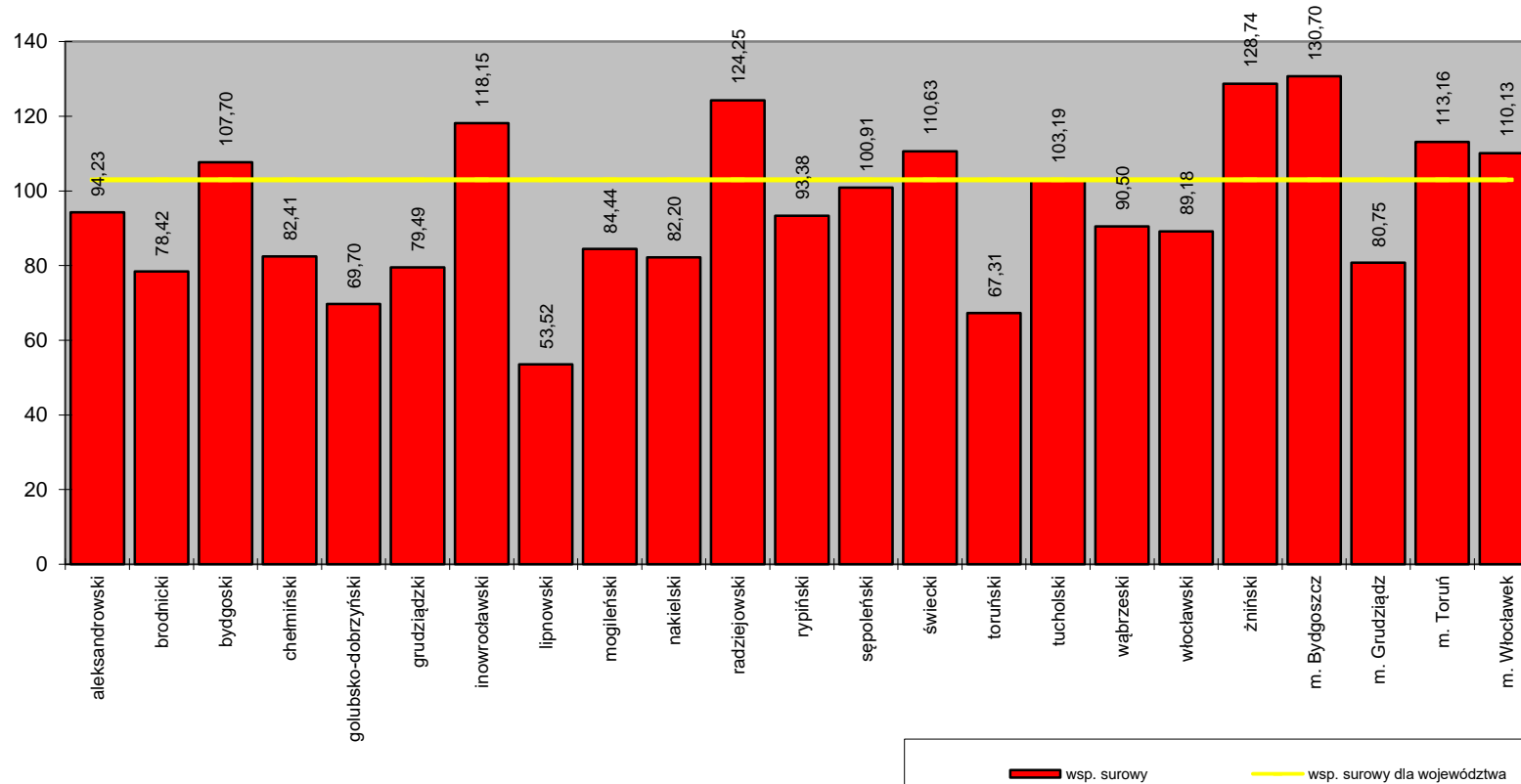


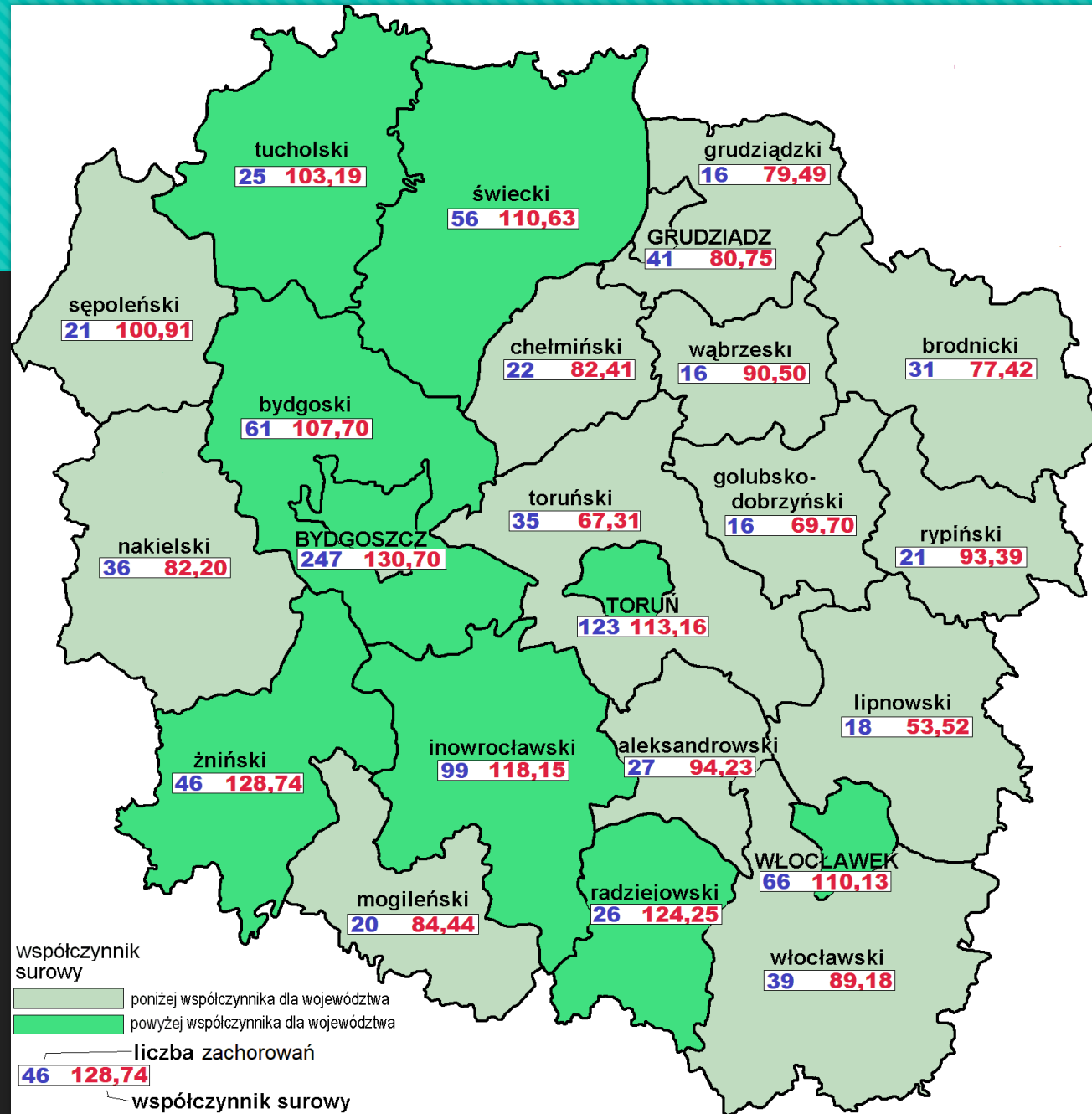
Na liście 10 najczęstszych nowotworów u kobiet w województwie kujawsko-pomorskim (tak jak w całej Polsce) rak piersi, ze wskaźnikiem struktury **22,79%**, zajmuje **1 miejsce**; na miejscach kolejnych plasuje się rak płuca (13,31%) i jelita grubego (9,67%)

Zarejestrowane zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe wśród kobiet w woj. kujawsko-pomorskim

Umiejscowienie	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	Wskaźnik struktury
Pierś	1 108	103,13	59,59	22,79 %
Oskrzela i płuco	647	60,22	29,43	13,31 %
Jelito grube (C18-C21)	470	43,74	19,92	9,67 %
Trzon macicy	349	32,48	17,33	7,18 %
Inne nowotwory złośliwe skóry	325	30,25	13,21	6,68 %
Jajnik	253	23,55	13,39	5,20 %
Nerka za wyjątkiem miedniczki nerkowej	152	14,15	7,16	3,13 %
Tarczycyca	147	13,68	10,43	3,02 %
Pęcherz moczowy	140	13,03	5,82	2,88 %
Szyjka macicy	139	12,94	8,00	2,86 %

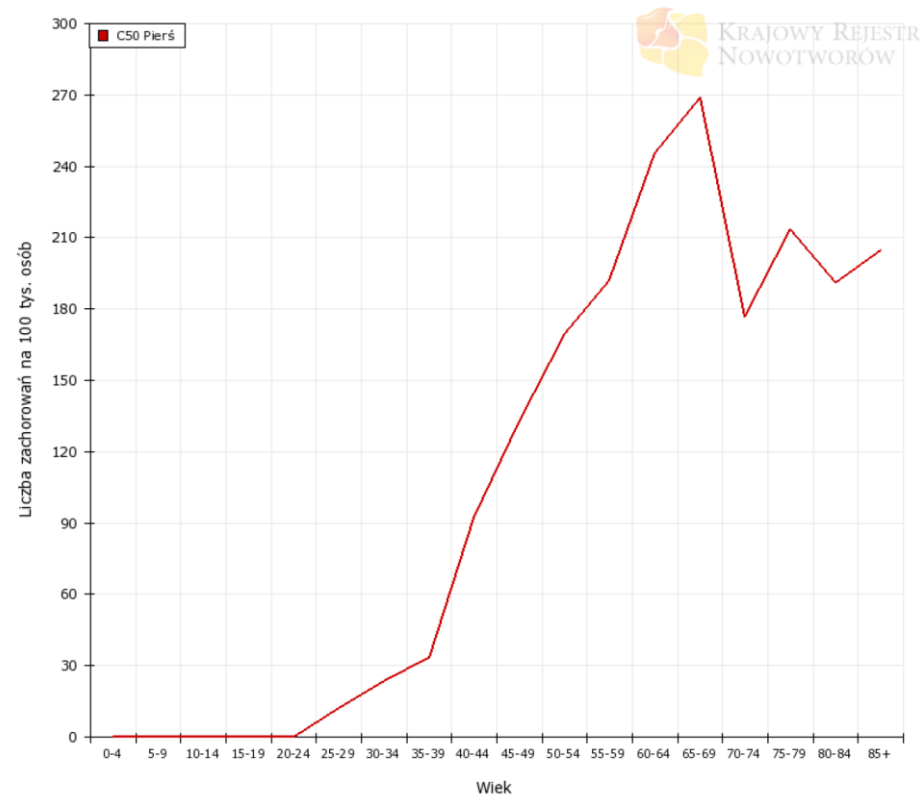
W województwie kujawsko-pomorskim regionami o najwyższej zachorowalności są powiaty: żniński, radziejowski, inowrocławski i m. Bydgoszcz





Liczba zachorowań w województwie kuj.-pom. zaczyna wzrastać, i to w sposób bardzo istotny, u pacjentek od **35 r.ż.**, aby osiągnąć szczyt zachorowań w wieku **65 lat**. Tendencja wzrostu liczby zachorowań u osób przed 50 r.ż. nasila się od kilku lat.

- Typ nowotworu:
 - C50 Pierś
- Województwo: Kujawsko-Pomorskie
- Rodzaj: Zachorowania
- Płeć: Kobiety
- Wiek: od 0 do 85+ lat
- Rok: od 2016 do 2016



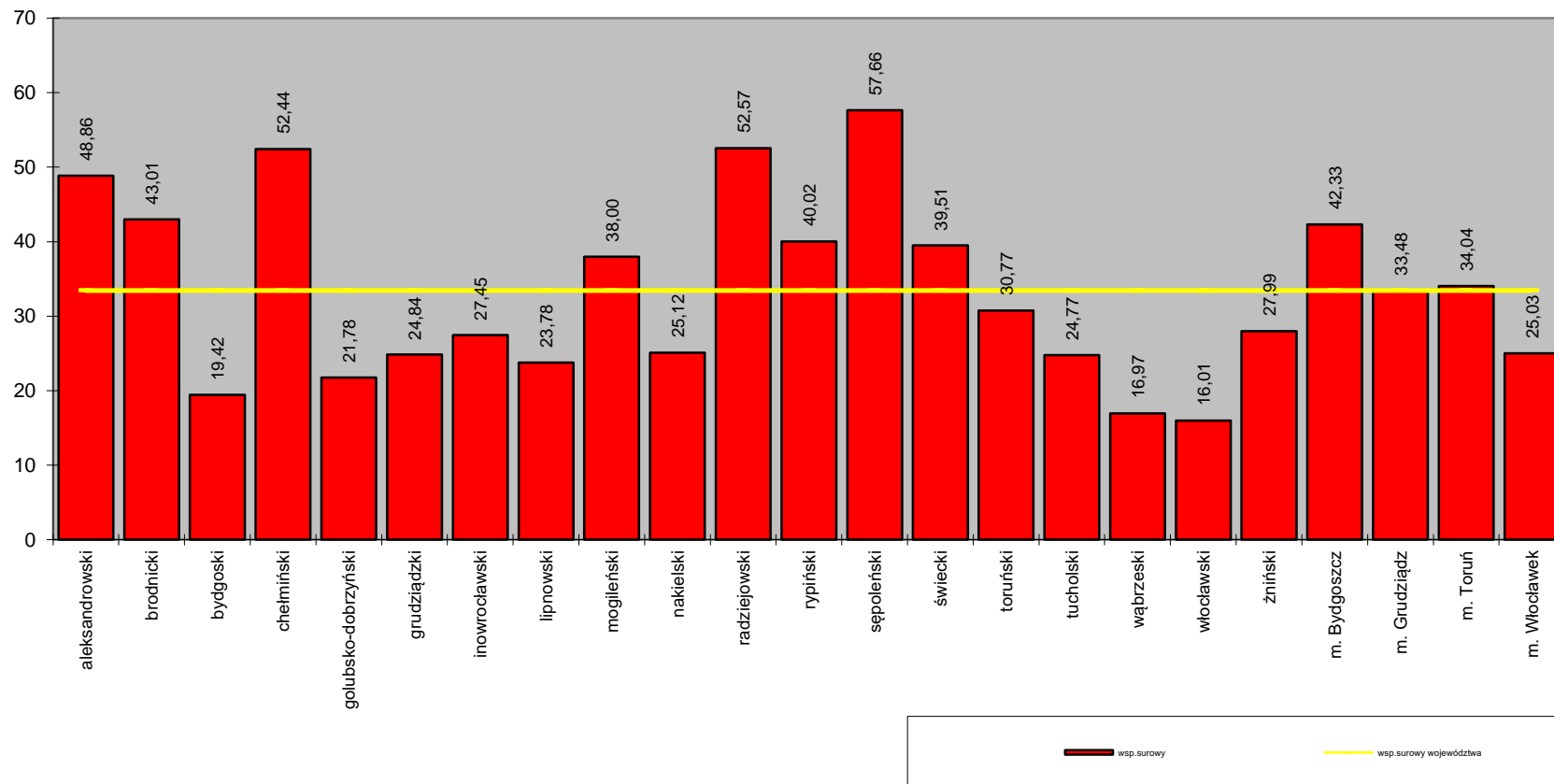
Nowotwór piersi przestał być najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet w woj. kuj.-pom.

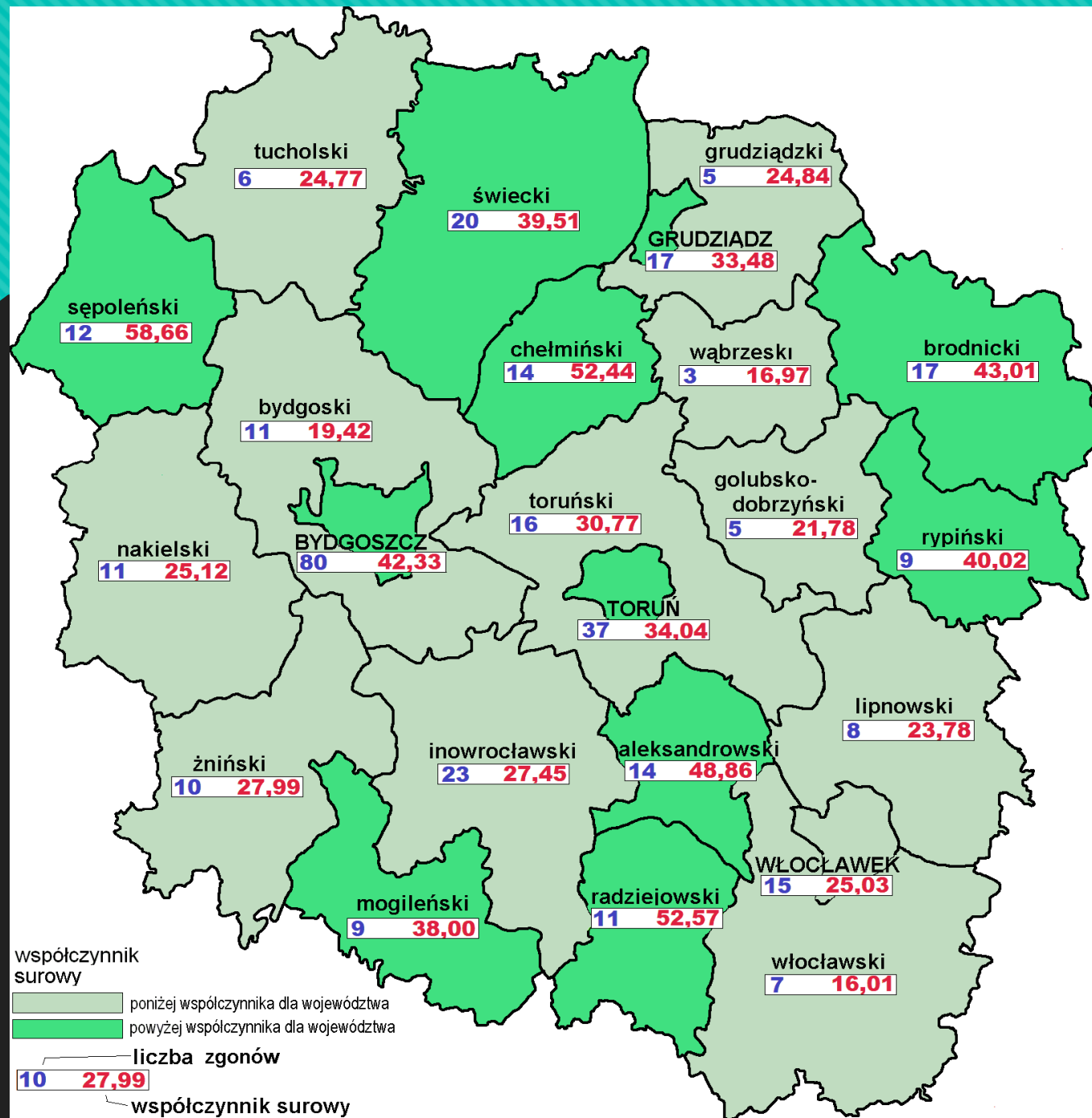
Obecnie jest nią rak płuca; rak piersi ze wsk. str.: 14,23% zajmuje miejsce drugie.

Zarejestrowane zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe wśród kobiet w woj. kujawsko-pomorskim

Umiejscowienie	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	Wskaźnik struktury
Oskrzela i płuco	476	44,30	21,50	18,81%
Pierś	360	33,51	15,62	14,23%
Jelito grube (C18-C21)	292	27,20	11,30	11,54%
Jajnik	153	14,24	6,89	6,05%
Trzustka	140	13,03	5,59	5,53%
Żołądek	113	10,52	4,42	4,47%
Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	96	8,94	3,63	3,79%
Trzon macicy	85	7,91	3,16	3,36%
Szyjka macicy	82	7,63	3,91	3,24%
Mózg	76	7,07	3,76	3,00%

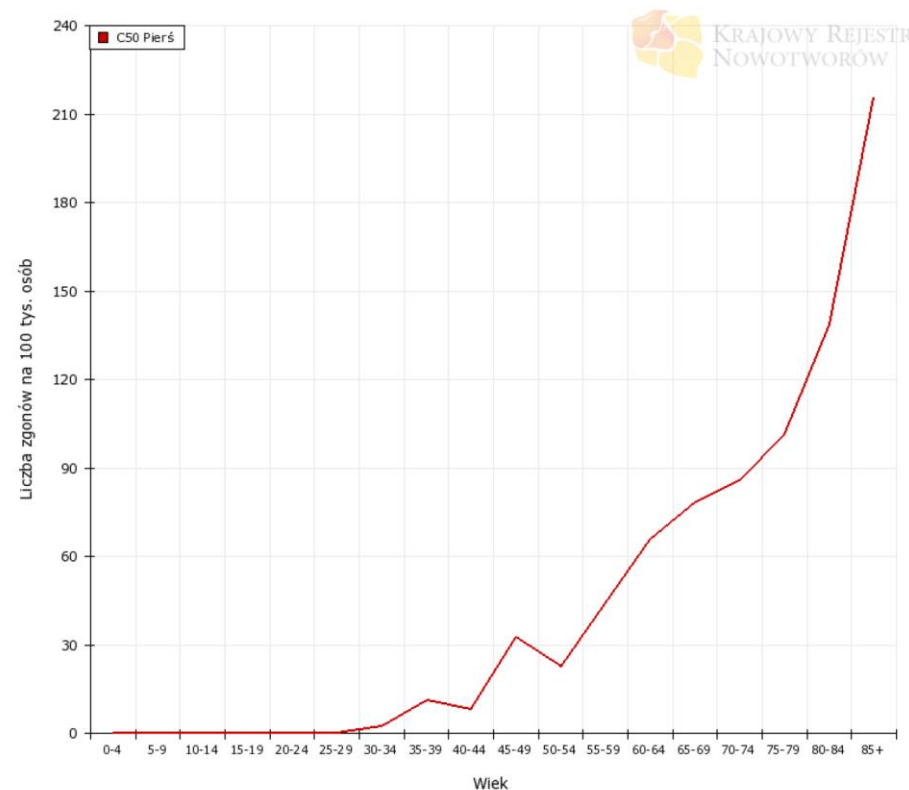
W województwie kujawsko-pomorskim regionami o najwyższej umieralności są powiaty: sępoleński, radziejowski, chełmiński i m. Bydgoszcz





Pierwszym zakresem wiekowym, w którym następuje zwiększona liczba zgonów z powodu raka piersi, są osoby w wieku 45-50 lat, największą liczbę zgonów notuje się u osób od 75 r. ż. wzwyż

- Typ nowotworu:
 - C50 Piers
- Województwo: Kujawsko-Pomorskie
- Rodzaj: Zgony
- Płeć: Kobiety
- Wiek: od 0 do 85+ lat
- Rok: od 2016 do 2016



PROFILAKTYKA

Czynniki ryzyka raka piersi

Przyczyny powstawania raka piersi są nadal nieznane, ale istnieje wiele zidentyfikowanych czynników, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia. Należą do nich:

- Płeć - najczęściej występuje u kobiet; na sto nowych zachorowań na raka piersi - jedno występuje u mężczyzny;
- Wiek - ryzyko zachorowania na raka piersi u obu płci wzrasta wraz z wiekiem; u kobiet przed 45 r.ż. występuje rzadko, większość zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia (około 80%);
- Obciążenia genetyczne - około 5-10% nowotworów piersi ma charakter dziedziczny, pozostałe nowotwory powstają w wyniku samorzutnych mutacji (przemian genów) w ciągu całego życia. Prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka) chorych na ten nowotwór, zwłaszcza w młodym wieku. Najpewniejszym kryterium dziedzicznego raka piersi jest stwierdzenie mutacji genów supresorowych *BRCA1* oraz *BRCA2*. Mutacja tych genów powoduje zespół wysokiej skłonności do dziedzicznego raka piersi. U kobiet z mutacją genów *BRCA* życiowe ryzyko wystąpienia raka piersi wynosi 80%, a raka jajnika 30%. W rodzinach z dziedzicznym rakiem piersi występują również inne nowotwory (np. rak jajnika, jelita grubego, trzonu macicy, prostaty, trzustki). Innymi genami, których mutacja może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi, są geny: *ATP*, *BRIP1*, *TP3*, *CHEK* i *PTEN*;
- Czynniki reproduktywne - wczesny wiek pierwszej i późny wiek ostatniej miesiączki, czyli czynniki wydłużające narażenie powstającej tkanki gruczołowej piersi na hormony jajnika (estrogen – żeński hormon). Im dłuższy czas narażenia, tym większe ryzyko zachorowania. Kolejnym reprodukcyjnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi jest wiek pierwszej donoszonej ciąży. Karmienie piersią ma chroniący wpływ przed zachorowaniem na raka piersi;

Czynniki ryzyka raka piersi

- Czynniki hormonalne - hormonalna terapia zastępcza;
- Styl życia - wyniki badań wskazują na związek z nadmiernym spożywaniem tłuszczu oraz nadwagą, a wzrostem ryzyka zachorowania na raka piersi; spożycie alkoholu także zwiększa ryzyko raka piersi i nie zależy od rodzaju alkoholu;
- Inne nowotwory w przeszłości - rak piersi w przeszłości ponad trzykrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi; inne nowotwory w wywiadzie zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi to rak jajnika;
- Promieniowanie jonizujące - nieznaczny wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi może także spowodować promieniowanie jonizujące (np. u kobiet, które w młodości były napromieniane z powodu chłoniaka Hodgkina).

BADANIA PROFILAKTYCZNE

Warunkiem skuteczności badań profilaktycznych (przesiewowych) jest ich **masowość**, **długoterminowość** i **wysoka jakość**. Zdrowotne efekty badań profilaktycznych pojawiają się dopiero po wielu latach, a wpływ tych działań na wskaźniki umieralności może być widoczny pod warunkiem masowego uczestnictwa. Wyniki badań z udziałem bardzo wielu kobiet potwierdziły skuteczność regularnie powtarzanych przesiewowych badań mammograficznych w zmniejszeniu umieralności z powodu raka piersi. Doświadczenie wielu krajów wskazuje, że wczesne rozpoczęcie populacyjnej diagnostyki i leczenia raka piersi może obniżyć umieralność o 20-30%. Efekt taki można osiągnąć tylko przy masowym, powtarzalnym charakterze badań przesiewowych, prowadzonych w odpowiedniej wiekowo grupie populacyjnej. Zalecenia dotyczące badań przesiewowych w celu wykrywania raka piersi bardzo się różnią. Program przesiewowy powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości każdego kraju indywidualnie.

* <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>- Krajowy Rejestr Nowotworów

ZASADY SKRYNINGU

○ 2 etapy:

- **podstawowy** - wykonanie bez skierowania i bezpłatnie dwóch zdjęć mammograficznych każdej piersi raz na 24 miesiące wśród kobiet w wieku 50-69 lat - wyniki pacjentki otrzymują drogą pocztową na wskazany adres, z jednoznaczną opinią określającą dalszy sposób postępowania; na 1000 osób u których wykonano badanie skryningowe, 50 zostaje wezwanych do dalszej diagnostyki;
- **pogłębionej diagnostyki** – dalsza diagnostyka wykrytych w mammografii zmian przy pomocy USG, mammograficznych zdjęć celowanych oraz metod weryfikacji histopatologicznej; na 1000 wykonanych badań mammograficznych, u 5 osób następuje rozpoznanie raka piersi.

W Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy wykonano **10 564** badań mammograficznych oraz **1 875** osób skorzystało z porady w etapie pogłębionej diagnostyki (dane za 2016 r.).

Liczba raków rozpoznanych w skryningu (dane za 2017 r.): **85**.

Dodatkowo, Centrum Onkologii prowadzi etap pogłębionej diagnostyki dla pacjentek wykonujących badanie u innych realizatorów programu mammograficznego. Ogółem w 2016 r. w ramach prowadzonego skryningu w woj. kujawsko-pomorskim wykryto raka piersi u 271 pacjentek, w tym u 113 nowotwór w stadium przedinwazyjnym. Dzięki temu udało się zmienić dane epidemiologiczne dotyczące raka piersi. W 2017 r., w ramach tego etapu prowadzono diagnostykę u 1520 osób, rozpoznając raka piersi u 359 pacjentek.