



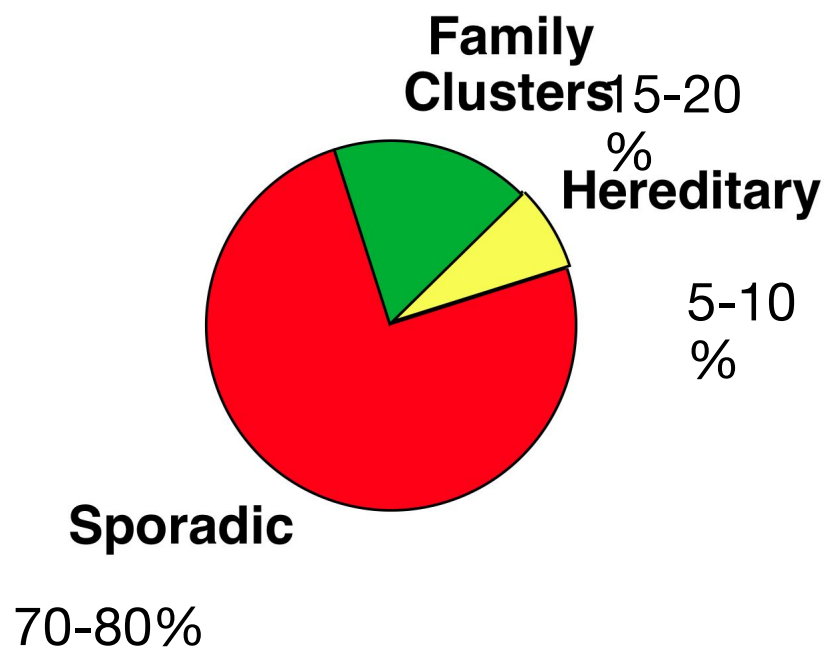
Рак молочной железы: Факторы риска

Др. Джо Анн Зужевски [Jo Anne Zujewski]

Программа оценки качества лечения онкологических заболеваний
Отделение диагностики и лечения онкологических заболеваний
Национальный институт рака, США

Ташкент, Узбекистан
Май, 2011 год

Факторы риска РМЖ: семейный анамнез и наследственность

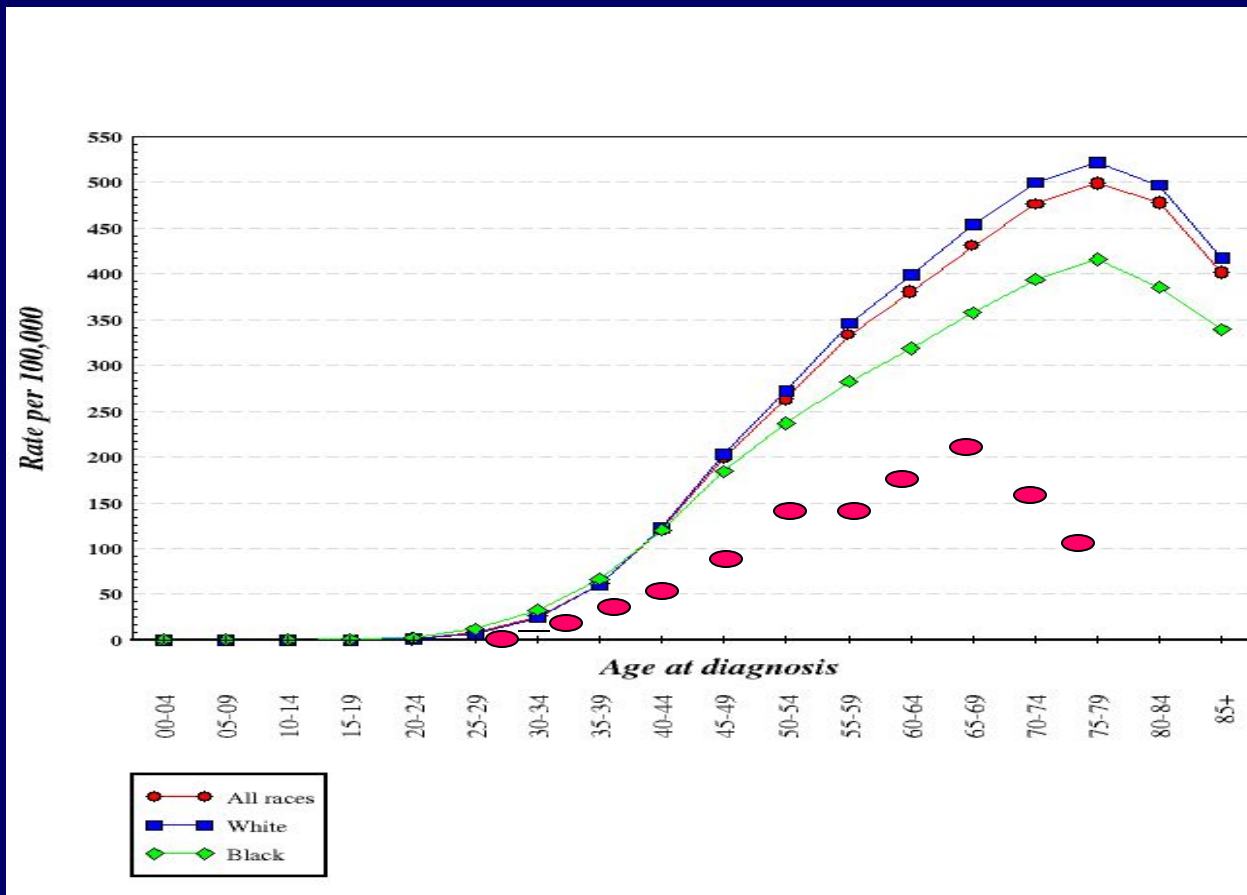


БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ЖЕНЩИН, у которых развивается РМЖ, ИМЕЮТ НЕ ОТЯГОЩЕННОГО СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА

Факторы риска РМЖ: Возраст и пол

- Эстроген и репродуктивный анамнез
 - ЧАЩЕ среди женщин, но и у мужчин
 - Более старший возраст, но и у молодых женщин
 - Репродуктивные факторы
 - Отсутствие детей или первые роды в более старшем возрасте
 - Начало менструаций в 11 лет или более младшем возрасте
 - Наступление менопаузы в 55 лет или позже

Частота впервые выявленных случаев заболевания и возраст



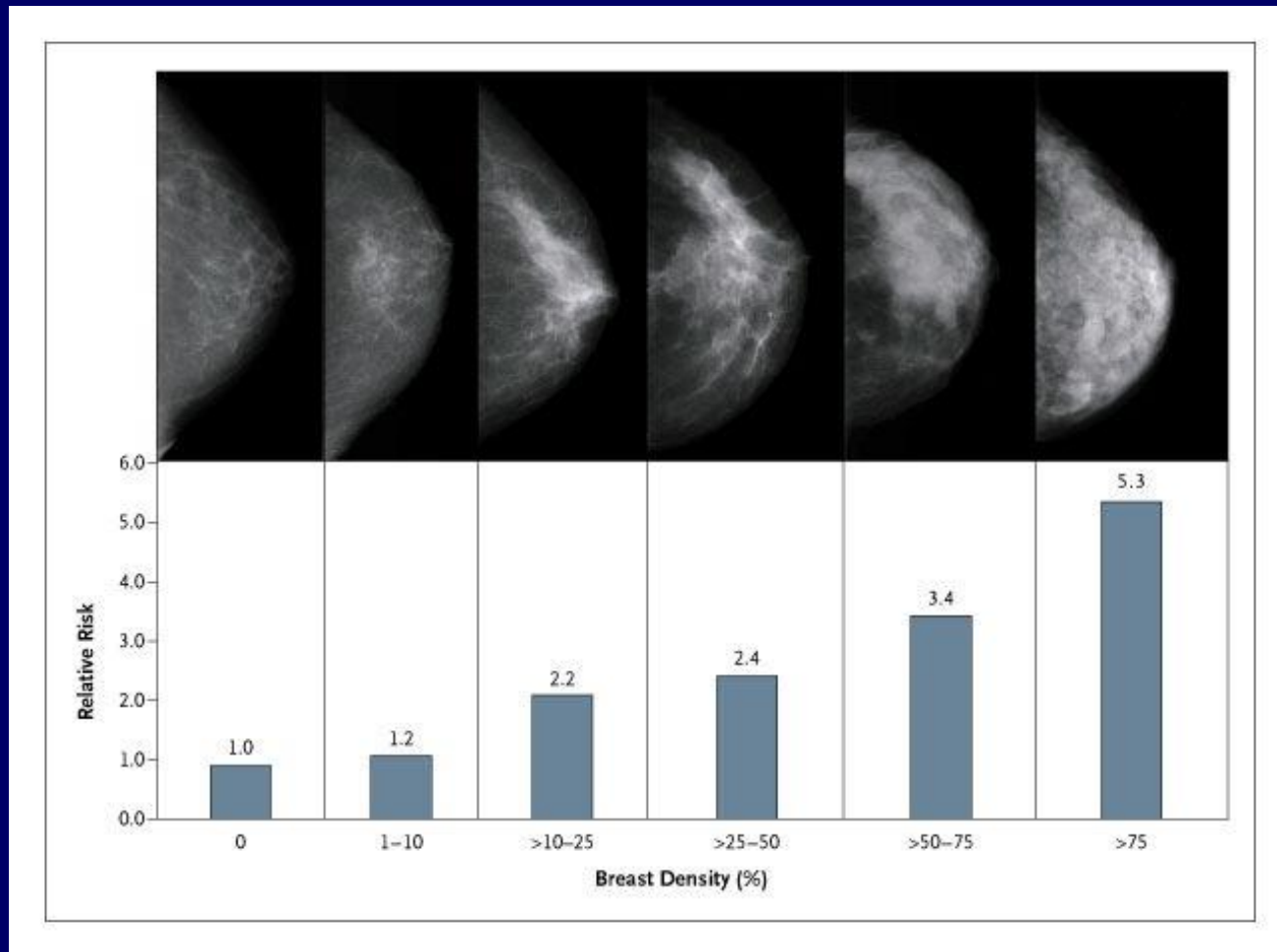
Иордан

РМЖ - Личный анамнез

Биопсия груди

- Незлокачественные (доброкачественные) изменения

Плотность ткани при маммографии (ММГ)



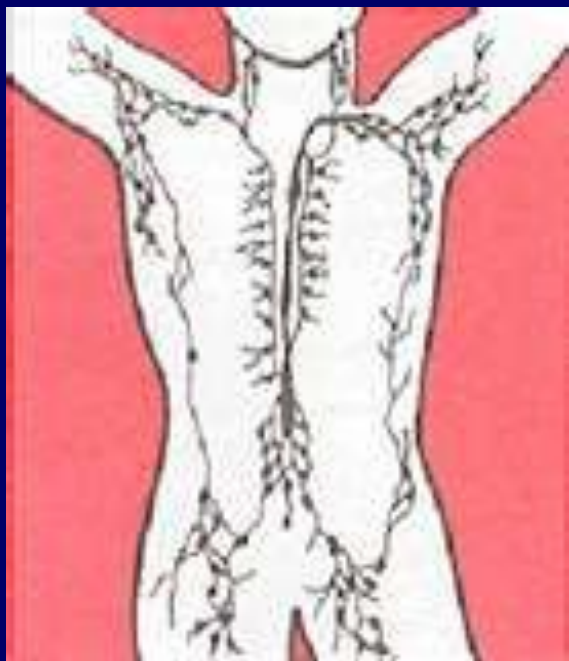
Santen R and Mansel R. N Engl J Med 2005;353:275-285



Воздействие радиации



- Лечебное облучение до 30-летнего возраста



- Аварии на атомных станциях??



Факторы риска РМЖ, на которые невозможно воздействовать [немодифицируемые]



Фактор риска	Категория повышенного риска	Контрольная (референтная) группа	Относительный риск (RR)
Возраст	≥ 65	<65	5.8
Семейный анамнез	Один близкий кровный родственник	Нет семейного анамнеза	1.4-2.0
	Два близких кровных родственников	Нет семейного анамнеза	4-6
Изменения груди в анамнезе	Гиперплазия	Нет	1.9
	Атипичная гиперплазия	Нет	4.0
	Лобулярная неоплазия	Нет	7-12
	Протоковая карцинома in situ	Нет	4-7
Плотность при ММГ	Уплотненная ткань груди	Норма	4-6
Возд. радиации	Облучение грудной клетки	Не было	4.5-25



Дизайн исследования гормонов

ДА
10 739

CE (conjugated estrogens)
[конъюгированные эстрогены]
0.625 мг/д

Плацебо

Гистерэктомия

НЕТ

N = 16 608

*

CE 0.625 мг/д +
medroxyprogesterone acetate
(MPA) 2.5 мг/д

Плацебо

* Начало исследования: только CE (N = 331), CE+MPA, или плацебо

Экзогенные гормоны (WHI)



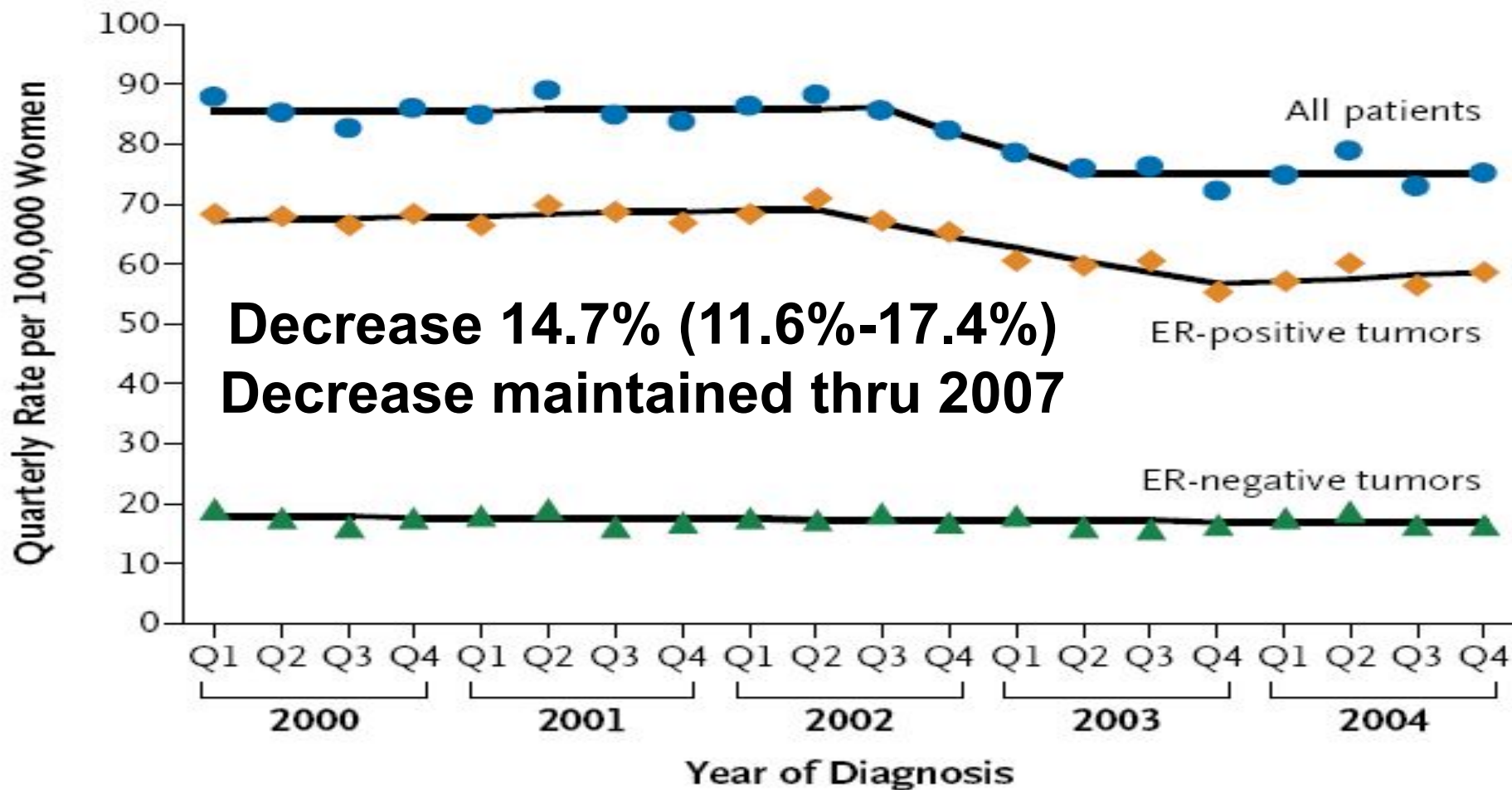
N=16 608 женщин в возрасте 50-79 лет

	Относительный риск (E+P: плацебо)	95% CI (адаптированн ый)
РМЖ	1.26	0.83-1.92
Всего ССЗ	1.22	1.00-1.49
Рак толстого киш.	0.63	0.32-1.24
Эндометриальный рак	0.83	0.29-2.32
Всего переломы	0.76	0.63-0.92

The Decrease in Breast-Cancer Incidence in 2003 in the United States

Peter M. Ravdin, Ph.D., M.D., Kathleen A. Cronin, Ph.D., Nadia Howlader, M.S., Christine D. Berg, M.D., Rowan T. Chlebowski, M.D., Ph.D., Eric J. Feuer, Ph.D., Brenda K. Edwards, Ph.D., and Donald A. Berry, Ph.D.

N ENGL J MED 356;16 WWW.NEJM.ORG APRIL 19, 2007



Факторы риска, на которые можно воздействовать (модифицируемые)



Фактор риска	Группа повышенного риска	Контрольная группа	Относит. риск
Ожирение	> 35 BMI	< 25	1.2-1.5
Гормонозаместительная терапия	>5 years	none	1.26
Кормление грудью	нет	Кормление > 1 года	
Физ. активность	Низкая	Регулярная активность	1.25-1.7
Употребление алкоголя	>2 порций / день	Не употребл.	1.5

McTiernan, Oncologist 2003

Hamijima, Br J Ca 2002

WHI: Результаты

N=16 608; возраст 50-79 лет

JAMA, 2002

	Относительный риск (E+P: placebo)	95% CI (adjusted)
РМЖ	1.26	0.83-1.92
Всего ССЗ	1.22	1.00-1.49
Рак толстого кишечника	0.63	0.32-1.24
Эндометриаль- ный рак	0.83	0.29-2.32
Всего переломы	0.76	0.63-0.92

Исследование одного миллиона женщин

- N=1 084 110 женщин в возрасте 50-64 лет
- 50% использовали ГЗТ
- Повышенный риск развития РМЖ
 - Только эстроген RR 1.30
 - E+P RR 2.00
 - Tibolone RR 1.45
- 22% повышение относительного риска смерти от РМЖ – в сравнении с теми, кто никогда их не принимал

Гормонозаместительная терапия и РМЖ

- Мета-анализ влияния ГЗТ подтверждает связь (51 исследование)
 - RR 1.35 при использовании в течение ≥ 5 лет
 - Только вес и Индекс массы тела [BMI] уменьшали риск (при более низком весе отмечался повышенный риск при использовании ГЗТ)
 - Повышенный риск сводится на нет к концу 5-летнего периода после прекращения приема гормонов
- WHI – при использовании только эстрогена [группа получавшая только эстроген]: повышенный риск развития инсульта

Алкоголь и риск РМЖ (53 исследования, N=153 582)

гр алкоголя / день	Относительный риск [Relative Risk]
0	1.0
<5	1.01
15-24	1.13
25-34	1.19
35-44	1.32
>45	1.46

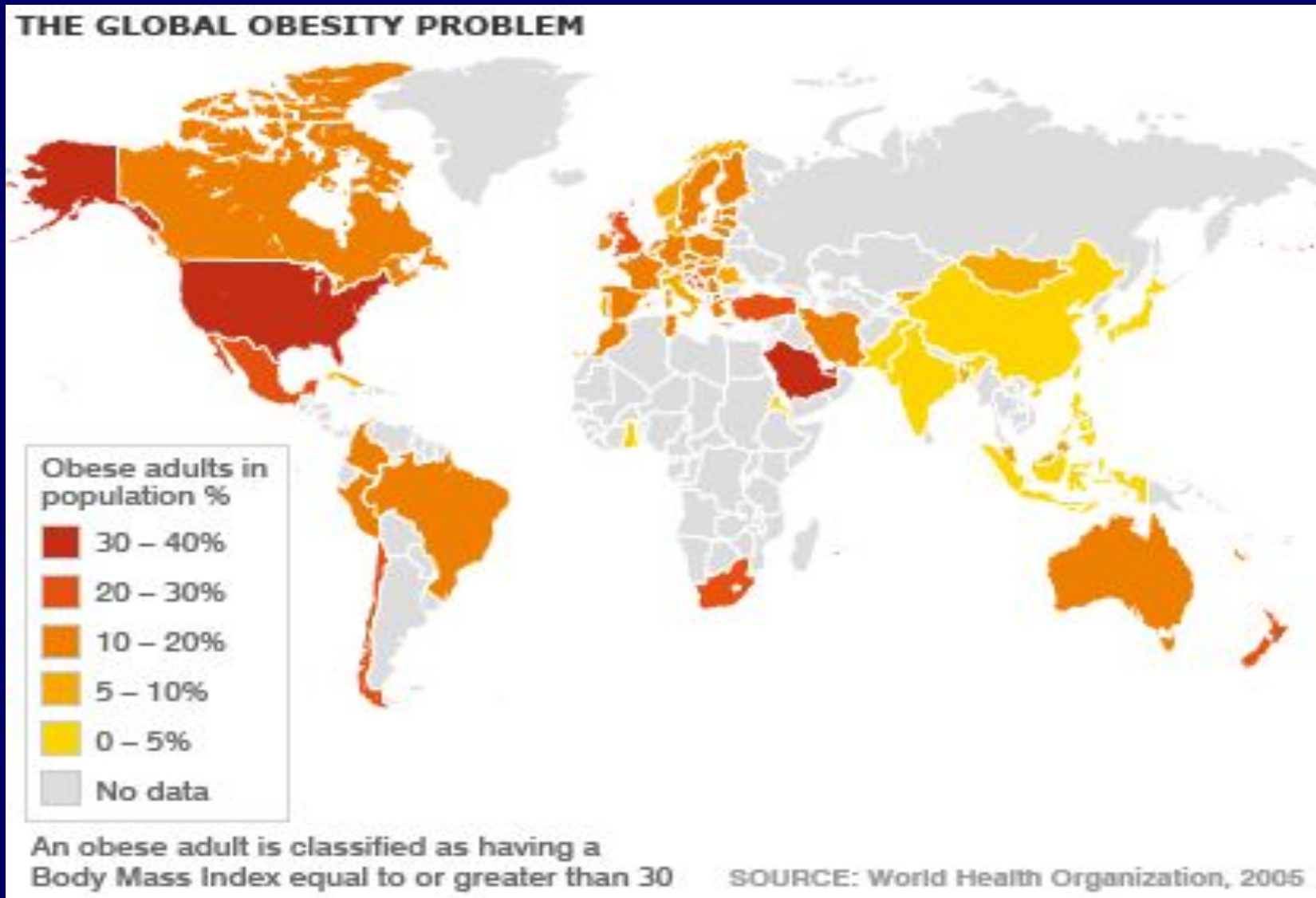
Br J of Cancer 2002

Мета-анализ по оценке степени тучности на момент выявления РМЖ и соответствующий прогноз

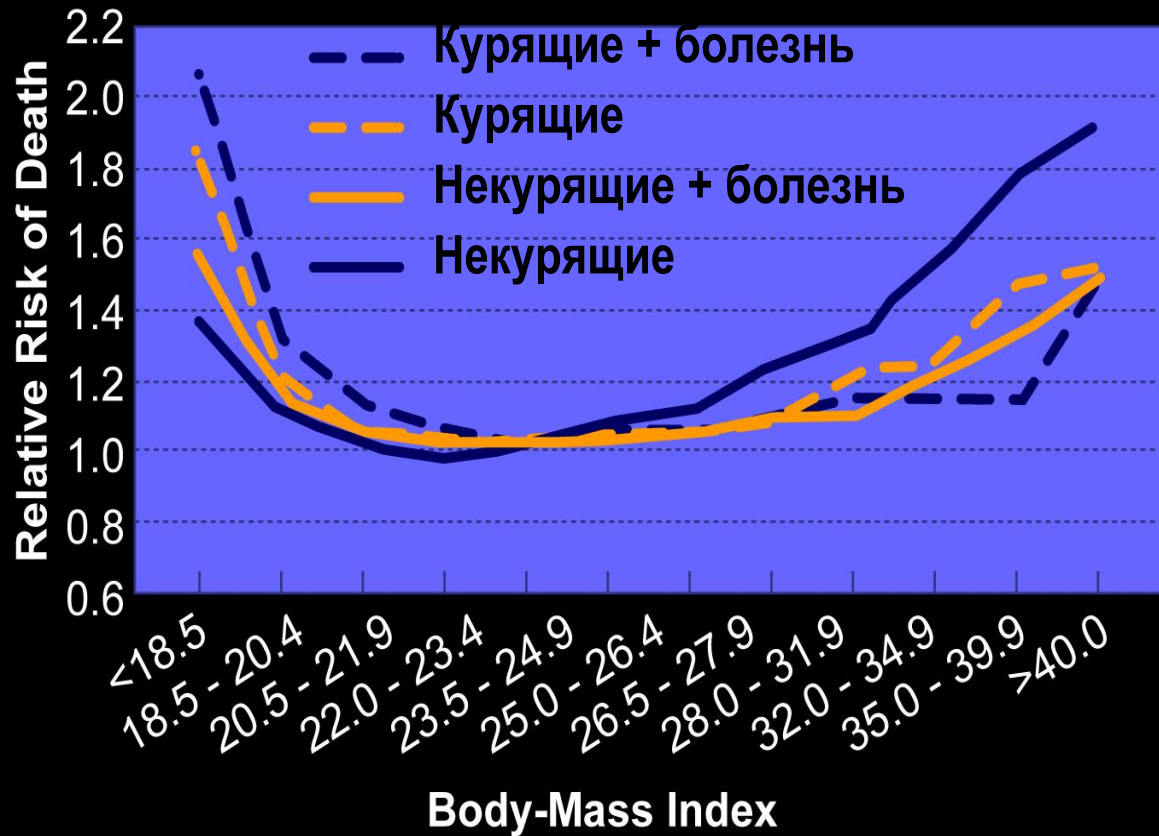
	5-летний рецидив HR (95% CI)	Смерть в течение 10 лет HR (95% CI)
↑ Масса тела	1.78 (1.50-2.11)	1.36 (1.19-1.55)
↑ BMI (индекс массы тела)	1.91 (1.52-2.40)	1.60 (1.38-1.76)

Goodwin, P. In: Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Bitzer J. and Stauber M. (Eds); Monduzzi Editore, International Proceedings Division, Bologna (Italy), p491-496, 1995.

Распространенность ожирения среди взрослых в мире (2005 год)

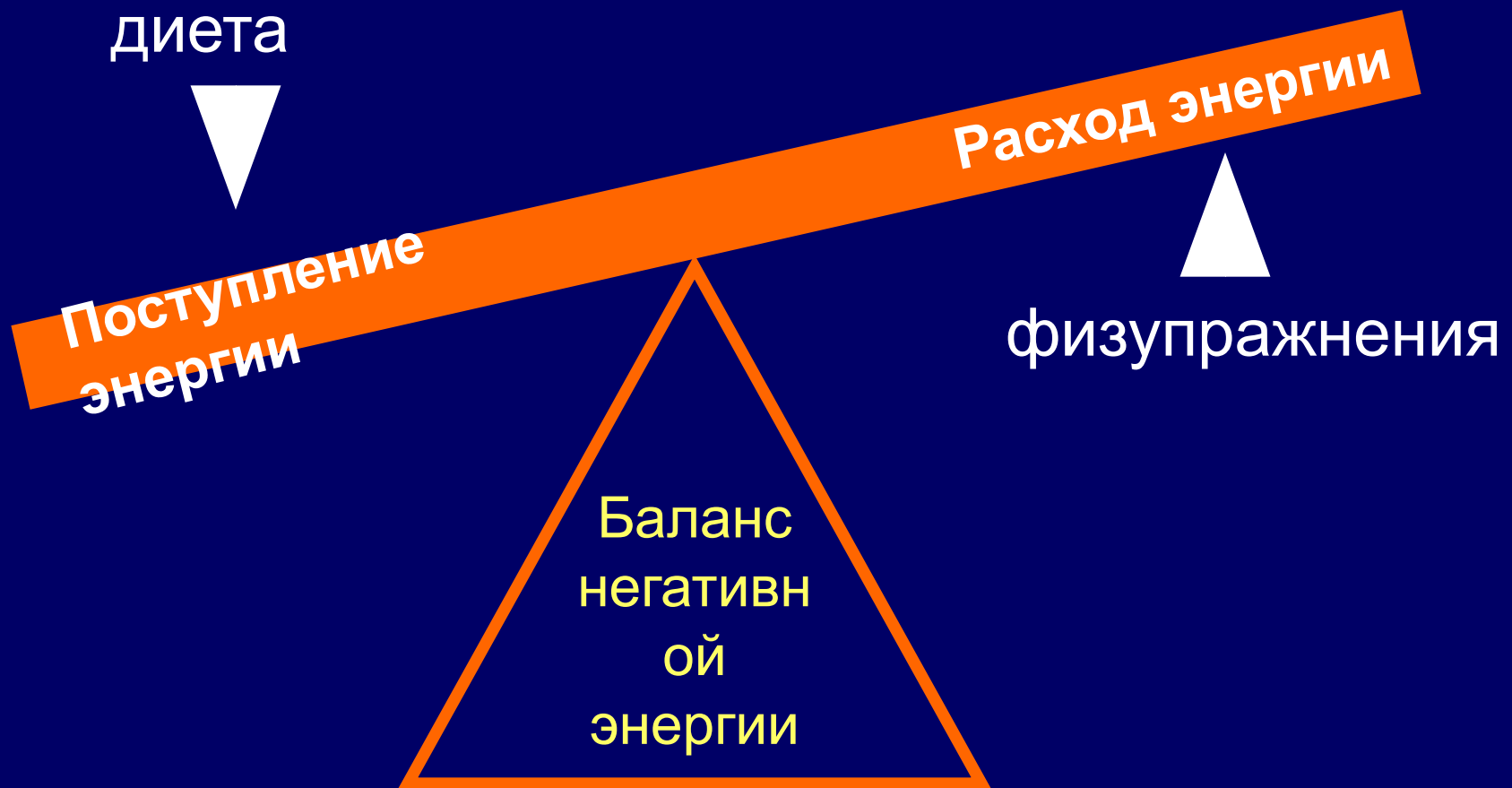


Масса тела и смертность среди женщин



Calle EE et al, New Eng J Med 1999, 341:1097-105.

Баланс энергии и Рак



Источники информации о поведении, направленном на сохранение здоровья, и рак



2008 Physical Activity Guidelines for Americans



Be Active, Healthy, and Happy!

www.health.gov/paguidelines



Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment: An American Cancer Society Guide for Informed Choices

Colleen Doyle, MS, RD; Lawrence H. Kushi, ScD; Tim Byers, MD, MPH; Kerry S. Courneya, PhD; Wendy Demark-Wahnefried, PhD, RD, LDN; Barbara Grant, MS, RD; Anne McTiernan, MD, PhD; Cheryl L. Rock, PhD, RD; Cyndi Thompson, PhD; Ted Gansler, MD, MBA; Kimberly S. Andrews; for The 2006 Nutrition, Physical Activity and Cancer Survivorship Advisory Committee

ABSTRACT Cancer survivors are often highly motivated to seek information about food choices, physical activity, and dietary supplement use to improve their treatment outcomes, quality of life, and survival. To address these concerns, the American Cancer Society (ACS) convened a group of experts in nutrition, physical activity, and cancer to evaluate the scientific evidence and best clinical practices related to optimal nutrition and physical activity after the diagnosis of cancer. This report summarizes their findings and is intended to present health care providers with the best possible information from which to help cancer survivors and their families make informed choices related to nutrition and physical activity. The report discusses nutrition and physical activity issues during the phases of cancer treatment and recovery, living after recovery from treatment, and living with advanced cancer; select nutrition and physical activity issues such as body weight, food choices, and food safety; issues related to select cancer sites; and common questions about diet, physical activity, and cancer survivorship. (CA Cancer J Clin 2006;56:323-353.) © American Cancer Society, Inc., 2006.

INTRODUCTION

Over 10 million persons in the United States are cancer survivors.¹ Anyone who has been diagnosed with cancer, from the time of diagnosis through the rest of life, is considered a cancer survivor. Many cancer survivors are highly motivated to seek information about food choices, physical activity, dietary supplement use, and complementary nutritional therapies to improve their response to treatment, speed recovery, reduce risk of recurrence, and improve their quality of life.²

Nutritional needs change for most persons during the phases of cancer survivorship. Although many cancer survivors live with active or advanced disease, a large and growing number live extended, cancer-free lives. Sixty-five percent of Americans diagnosed with cancer now live more than 5 years.¹ The need for informed lifestyle choices for cancer survivors becomes particularly important as they look forward to successful completion of therapy and search for the best strategies to recover from treatment and improve their long-term outcomes. For long-term cancer survivors, an appropriate weight, a healthful diet, and a physically active lifestyle aimed at preventing recurrence, second primary cancers, and other chronic diseases should be a priority. For some, managing nutritional needs while living with advanced cancer becomes a particular challenge.

Ms. Doyle is Director, Nutrition and Physical Activity, American Cancer Society, Atlanta, GA.

Dr. Kushi is Associate Director for Etiology and Prevention Research, Kaiser Permanente, Oakland, CA.

Dr. Byers is Professor, Department of Preventive Medicine and Biometrics, and Deputy Director, University of Colorado Cancer Center, Aurora, CO.

Dr. Courneya is Professor and Canada Research Chair in Physical Activity and Cancer, Faculty of Physical Education, University of Alberta, Edmonton, Alberta.

Dr. Demark-Wahnefried is Professor, School of Nursing and Department of Surgery, Duke University Medical Center, Durham, NC.

Ms. Grant is Oncology Nutritionist, Saint Alphonsus Regional Medical Center, Cancer Care Center, Boise, ID.

Dr. McTiernan is Full Member, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Cancer Prevention Research Program, Seattle, WA.

Dr. Rock is Professor, Department of Family and Preventive Medicine, School of Medicine, University of California, San Diego, La Jolla, CA.

Dr. Thompson is Assistant Professor, University of Arizona Department of Nutritional Sciences, Tucson, AZ.

Dr. Gansler is Director of Medical Content, Health Promotions, American Cancer Society, Atlanta, GA.

Ms. Andrews is Research Associate, Cancer Control Science, American Cancer Society, Atlanta, GA.

This article is available online at <http://CAonline.AmCancerSoc.org>

Оценка / подсчет риска

- Модель Гейла [Gail model]
 - Возраст (35 лет или старше)
 - Возраст первой менструации и первых родов
 - Наличие биопсий груди в анамнезе
 - Наличие РМЖ у кровных родственников первой степени
 - Раса
 - <http://bcra.nci.nih.gov/brc/>
- Дает возможность определить риск развития РМЖ в последующие 5 лет (и на протяжении жизни)

Оценка риска: Наследственность

- Семейный анамнез
- Генеалогический анализ
 - Модель Клауса [Claus Model]
 - Модель Пармигани [Parmiagiani Model]
- BRCAPRO

Уточнить о раке шейки матки, предках из рода евреев Ашкенази, раке толстого кишечника