

ANALISI DEI DATI

Analisi generale

La percentuale dei casi (*fig.1*) presentatisi in cura allo Studio della Fondazione presenta uno squilibrio a favore degli stadi più avanzati (**45%** stadi **I / II** contro **55%** stadi **III / IV**)

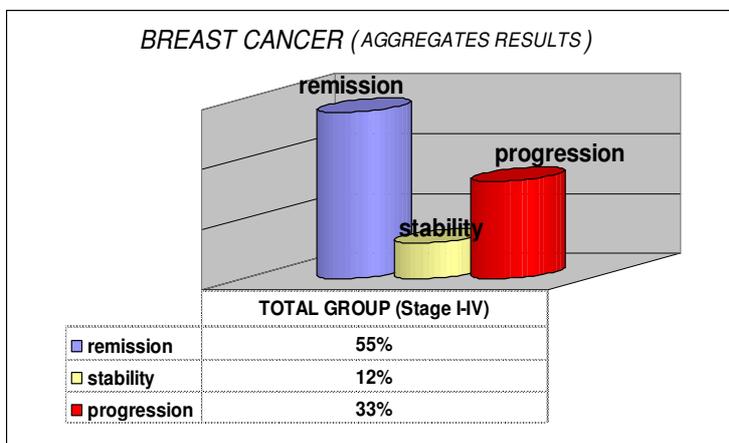
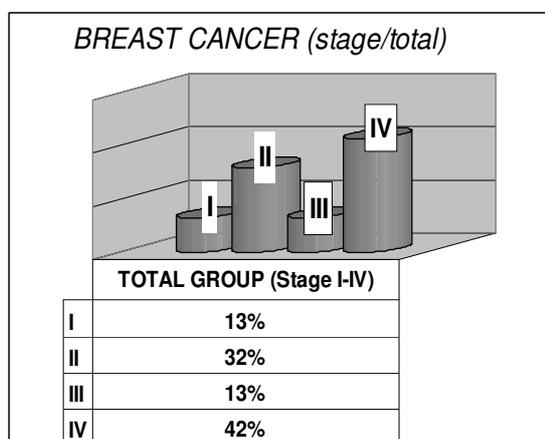


Fig.1

Fig.2

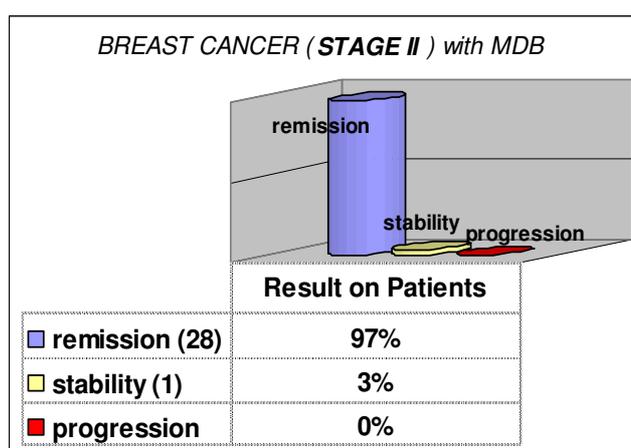
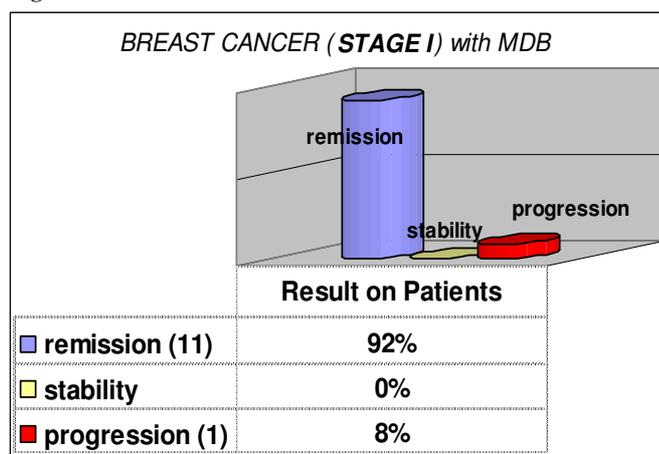
Nonostante ciò, il grafico aggregato per tutti gli stadi (*fig.2*) mostra un'inversione dello squilibrio e depone a favore dei casi di remissione dalla malattia.

Analisi di dettaglio

Entrando più nel dettaglio, e volendo analizzare i risultati ottenuti su gruppi omogenei di pazienti (singoli Stadi) è possibile osservare la pressoché **assoluta prevalenza di remissioni** dalla malattia negli stadi I e II (*fig. 3 e 4*), la tendenza all'inversione dell'andamento (*fig.5*) per lo Stadio III (a cominciare dal III A verso il III C) , ed una netta prevalenza di casi di progressione nello Stadio IV (pur in presenza anche in questo di casi di remissione)(*fig.6*)

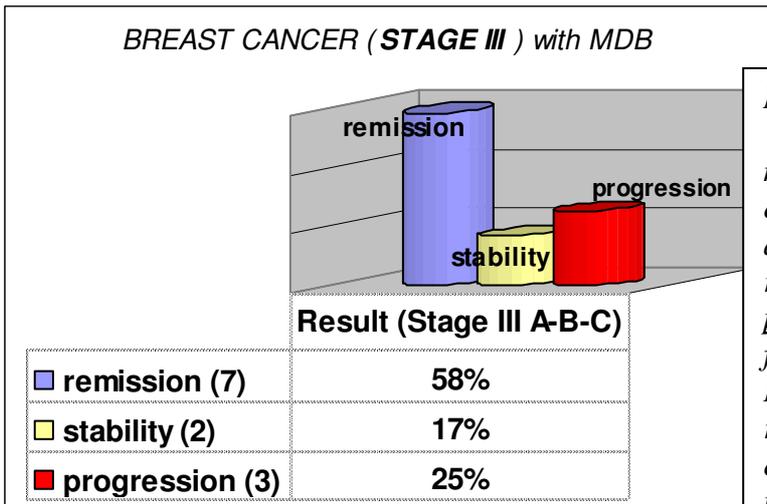
Fig.3

fig.4



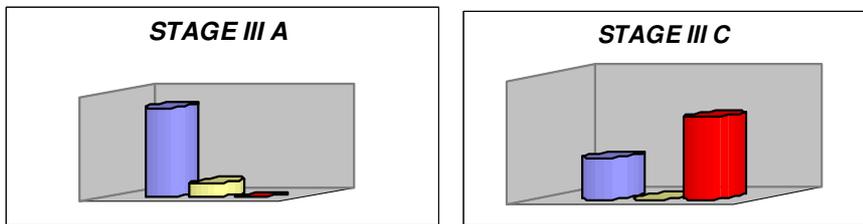
NOTE: il grafico relativo allo "Stadio I" mostra una percentuale (8%) di progressioni che in realtà è determinato da un singolo caso (il gruppo è composto da un totale di 12 pazienti).

La paziente in questione (n.cartella 831) ha seguito in maniera completa la cura solo per 1 anno, passando poi, per propria scelta, alla sola cura di mantenimento con retinoidi e melatonina.



NOTE:
 lo Stadio III, che dai dati aggregati mostrerebbe un sostanziale equilibrio remissioni/progressioni, analizzato in maniera scomposta rileva una sostanziale assoluta prevalenza di remissioni nella frazione IIIA, rispetto alla frazione III C in cui cominciano a registrarsi inversioni tendenziali di efficacia (maggiori casi di progressione di malattia).

Fig.5



Lo Stadio IV , come è logico che sia, vede una netta prevalenza di casi in progressione, pur registrando tuttavia, alcuni casi di remissione e un discreto numero di pazienti stabilizzati. In tutti i casi comunque, tranne rare eccezioni, si assiste ad un evidente miglioramento della qualità di vita.

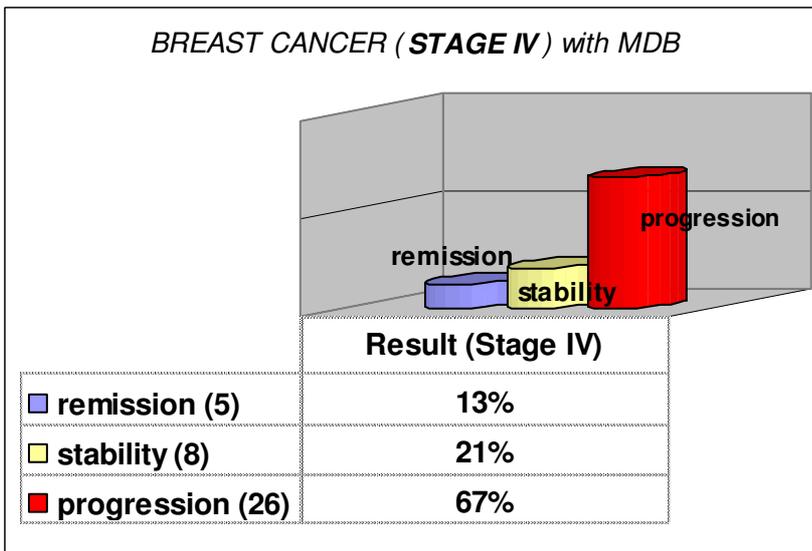


Fig.6

Considerazioni finali

I pazienti che si rivolgono allo Studio medico della Fondazione arrivano, nella maggior parte dei casi, privi di qualsiasi informazione sul razionale terapeutico del MDB (*vuoi per mancanza di informazioni o disinformazione, vuoi per mancanza del bagaglio culturale necessario a comprenderla*) e spinti, nella maggior parte dei casi, dalla disperazione per non aver trovato soluzioni nelle terapie “ufficiali”, e quando la situazione rischia di essere definitivamente compromessa. La mancata comprensione delle peculiarità dei principi attivi prescritti, e dei relativi effetti terapeutici, risulta una delle cause maggiori di abbandono della cura, o di una sua errata applicazione.

Effettuano la cura a domicilio, per lo più senza un’adeguata assistenza specialistica, in modo autonomo e non controllato, né controllabile (vista l’assoluta mancanza di risorse da parte della Fondazione)

Sostengono personalmente (chi può) tutte le spese dei medicinali, ma coloro che hanno meno disponibilità economiche sono spesso costretti a “ridurre” la loro assunzione, o a limitarsi a prescrizioni terapeutiche “parziali” e, nei casi peggiori, a sospendere la cura.

Negli ultimi anni, in seguito ad un sensibile miglioramento dell’attività documentale ed informativa della Fondazione (per merito del Sito www.metododibella.org, e di un certo interesse anche da parte della comunità scientifica mondiale) stiamo assistendo, in alcuni pazienti, ad un graduale e sensibile miglioramento nel processo di acquisizione delle informazioni e in “consapevolezza”, tanto che cominciano a giungere persone che richiedono di poter adottare le prescrizioni terapeutiche quali “primo presidio” (rifiutando quindi anche l’eventuale intervento chirurgico che gli viene proposto dalla struttura ospedaliera).

L’analisi dei dati relativi a tale gruppo di pazienti (GRUPPO A), scomposta a seconda degli Stadi d’avanzamento della malattia, non fa altro che ribadire e ulteriormente sottolineare la potenzialità del MDB nel proporsi quale “trattamento di prima linea” negli Stadi I e II.

Fig.7

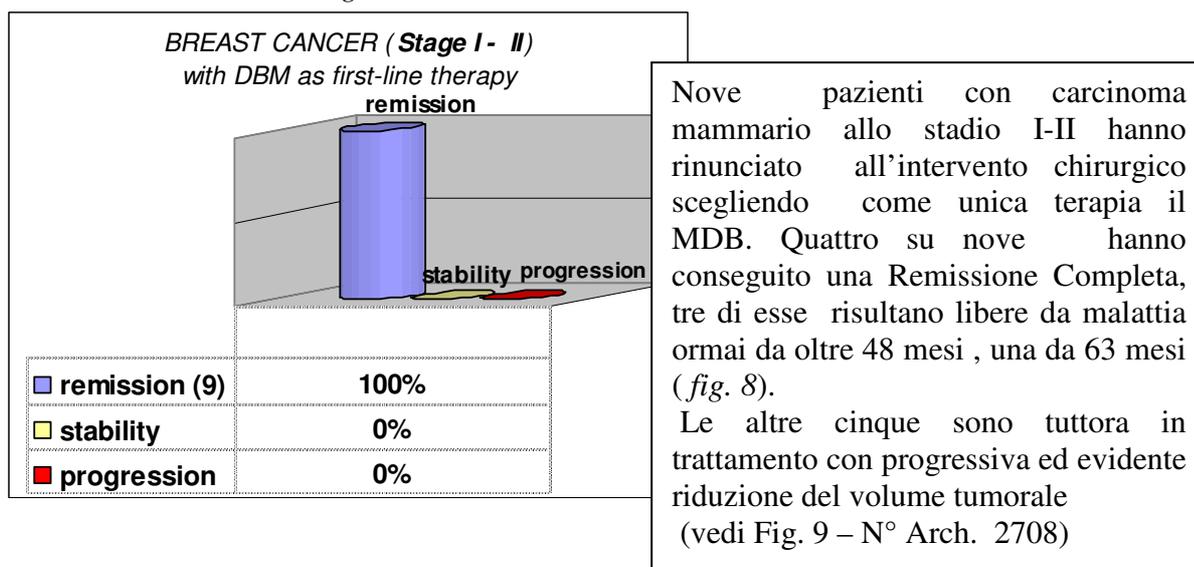
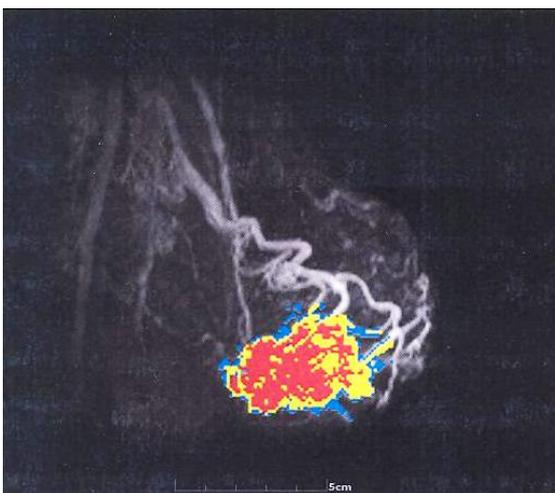


fig. 8

ARCH.	ST.	INITIAL CONDITION	OUTCOME	CURRENT CONDITION
601	I	Right breast multifocality (1.5 cm - 1 cm) + 2 small brain lesions of uncertain nature	Full Remission	Absence of Disease
1941	II A	Bilateral lesions – negative biopsy after 6 month DBM treatment	Full Remission	Absence of Disease
138	II A	Left breast multifocality and 2 reactive lymph nodes	Full Remission	Absence of Disease
1101	II B	2 nodules in right breast (2 cm) + positive lymph node	Full Remission	Absence of Disease
614	II A	2,5 cm mammary carcinoma + lymph node	Partial Remission	Nodule reduction / Lymph nodes disappeared
2178	II A	2 cm nodule - lymphadenopathy	Partial Remission	PET scan shows small residual in mammary area
657	II A	35 mm nodule	Partial Remission	12 mm nodule reduction
2898	I	16 mm nodule	Partial Remission	5 mm nodule
2708	II B	6,3 x 3,6 x 3,9 cm lesion (Fig 2)	Partial Remission	Significant reduction (90%)

Fig. 9

Visualizzazione radiologica (MRN) della vistosa riduzione (90% in 7 mesi) dell'originale massa tumorale (6,3x3,6x3,9 cm) relativa alla paziente Arch.2708 .



Il MDB come terapia adiuvante post-chirurgica nel carcinoma mammario allo stadio iniziale

In trentanove casi il MDB è stato impiegato come Terapia Adiuvante con netto e significativo aumento sia (**fig. 10**) della Sopravvivenza Globale (mediana a 60 mesi = 100%) che dell'intervallo libero da malattia (**fig. 11**).

12 pazienti presentavano, al momento dell'inserimento nel trial terapeutico, evidenti segnali di ripresa della malattia (locale o linfonodale). Relativamente all'efficacia si sono avuti significativi risultati : Le remissioni sono state il 95% (attualmente tutti liberi da malattia) Sopravvivenza a 5 anni: 100%

L'unica progressione si è registrata in una paziente, 2 anni dopo aver interrotto totalmente, improvvisamente, e di propria iniziativa, il trattamento terapeutico

Fig. 10

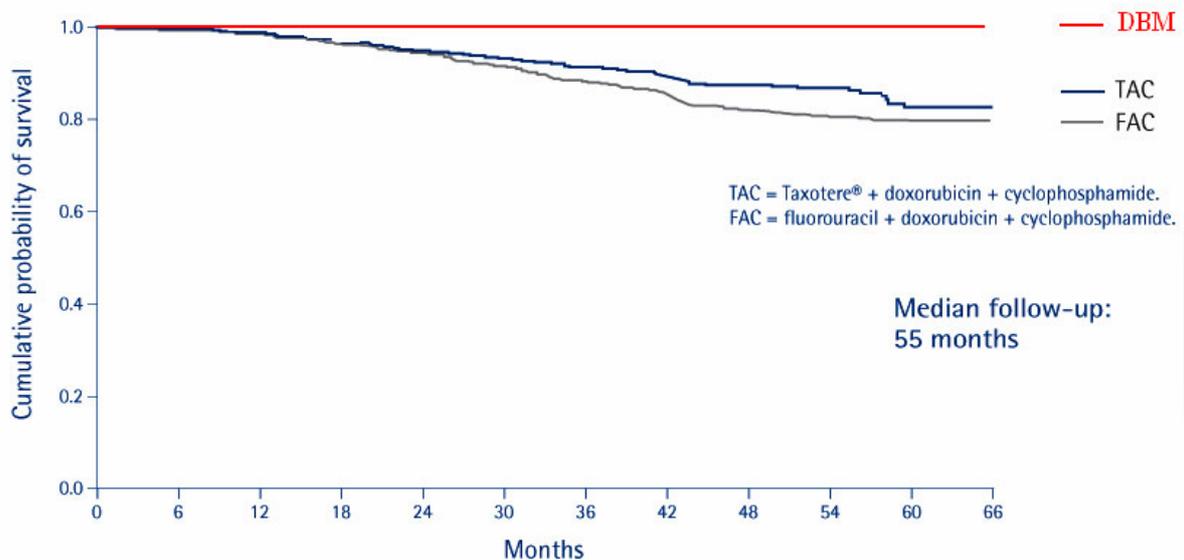
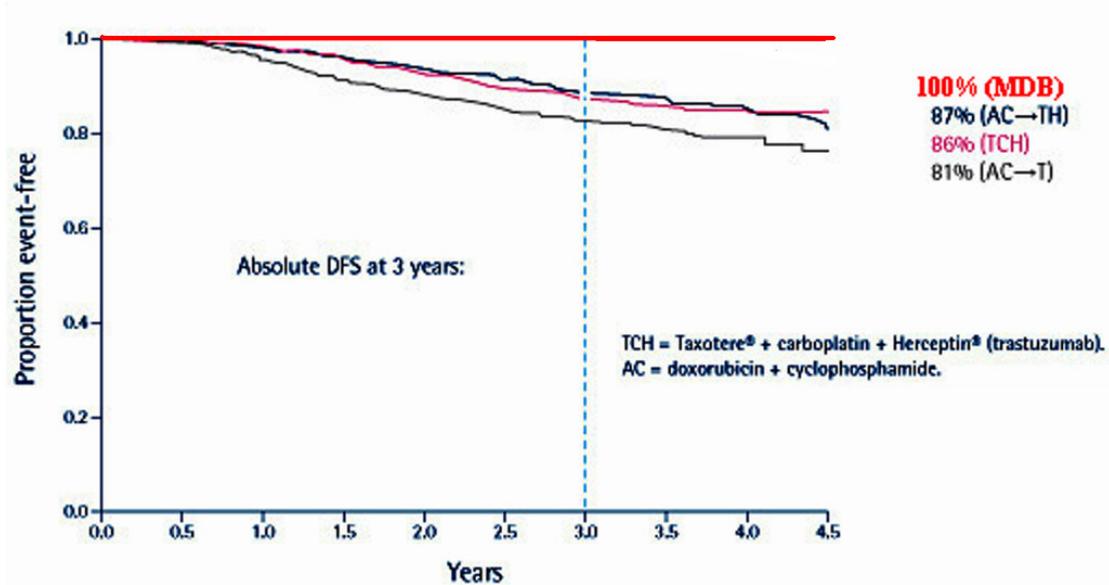


Fig. 11



SUDDIVISIONE DEI CASI e rappresentazione grafica dell'EFFICACIA

