

Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama atendidas no serviço de mastologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e o estadiamento no momento do diagnóstico.

Relatório Final

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq/IMIP)

Período: Agosto de 2017 a Julho de 2018.

Aluno Bolsista:

Iago César Lopes Tenório de Cerqueira – PIBIC/CNPq e TCC

iagoctenorio@hotmail.com – estudante do 8º período do curso de medicina da FPS

Alunos colaboradores:

- Diego Aureliano Moura – TCC
diegomoura94@hotmail.com - estudante do 8º período do curso de medicina da FPS
- Bruno Pereira Barros – aluno colaborador
brunobarros47@hotmail.com - estudante do 8º período do curso de medicina da FPS

Orientadora:

Ariani Impieri de Souza – ariani@imip.org.br - médica pesquisadora do IMIP e tutora do curso de medicina da FPS

Co-Orientadoras:

- Maria Carolina Gouveia Oliveira – carolinaggoliveira@gmail.com - médica mastologista do IMIP e mestrandanda da Pós-Graduação em Saúde Integral do IMIP
- Candice Lima Santos – cadicel.s@me.com - médica oncologista do IMIP e Doutora em Saúde Integral pelo IMIP

Recife, Agosto 2018

Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama atendidas no serviço de mastologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e o estadiamento no momento do diagnóstico

Epidemiological profile of patients with breast cancer treated at Mastology department of Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira and the cancer stage at diagnosis

Autores: Cerqueira ICLT, Moura DA, Barros BP, Oliveira MCG, Santos CL, Souza AI.

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico das mulheres atendidas no serviço de mastologia do IMIP e o estadiamento do câncer de mama no momento do diagnóstico.

Método: estudo transversal realizado no serviço de mastologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, em Recife, PE, no período de agosto de 2017 até Julho de 2018 com 272 mulheres com câncer de mama confirmado por exame histopatológico durante o período de 2013-2015. Foram coletadas dos prontuários as variáveis sócio-demográficas (idade, escolaridade, estado civil, história familiar, paridade) e clínicas (tipo histológico do tumor, estadiamento no momento do diagnóstico). As informações coletadas foram armazenadas em planilhas de Excel®. Os dados foram analisados pelo programa Stata 12. Foi realizada a análise da frequência relativa e absoluta das variáveis. A associação entre as variáveis epidemiológicas e o estadiamento tumoral no momento do diagnóstico foi avaliada pelo teste de associação do quiquadrado de Pearson, adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP e foi solicitado dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: Na faixa etária de 50 a 59 anos (30,6%). Atividade remunerada (51,2%), casada (46,6%). 25,7% declarou ter concluído o ensino médio. 55% era procedente de Recife. 81,2% tinham diagnóstico de carcinoma ductal invasivo. 47% mulheres foram classificadas entre IIA e IIB. 64% cujo nódulo identificado na palpação da axila teve a confirmação do comprometimento ao exame de USG.

Conclusão: O perfil epidemiológico das pacientes atendidas no IMIP se assemelha ao perfil das mulheres de outras regiões do país. Os estadios iniciais ao momento do diagnóstico foram encontrados em aprox. 50 % dos casos. Isto representa um bom

percentual quando comparado a outras regiões do Brasil, mas, ainda aquém do esperado para países desenvolvidos.

Palavras-chave: Cancer de mama, Estadiamento clínico, Bi-Rads.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. Acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença.^{1,2}

Com menor proporção antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. A maioria dos casos tem bom prognóstico.¹

Segundo estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer), para o ano de 2015 estima-se em torno de 57 mil novos casos e aproximadamente 15 mil mortes por ano em decorrência dessa doença.¹

A etiologia do câncer de mama é considerada multifatorial. Os principais fatores de risco estabelecidos são idade, história familiar e pessoal de câncer de mama, exposição prolongada aos hormônios femininos e alcoolismo. Pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira contribuição, torna-se difícil um estudo mais específico.³

Tem-se reconhecido, no decorrer dos anos, que a mortalidade pelo câncer de mama varia significativamente entre os grupos étnicos e raciais. Mulheres negras e hispânicas têm maior mortalidade e tendem a apresentar-se com doença mais avançada no momento do diagnóstico do que aquelas não-hispânicas, brancas ou asiáticas. A causa dessa disparidade é multifatorial e relacionada a uma série de fatores sociais e biológicos.⁴

A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos. Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento. O estadiamento de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro.⁵

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das

cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem gradações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.^{5,6}

O Centro de Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Mama do IMIP (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira), inaugurado em 2013 em parceria com a Avon, é responsável pelo tratamento e seguimento de aproximadamente 1500 mulheres com suspeita diagnóstica de câncer de mama, até o momento. Neste estudo, objetivou-se descrever o perfil epidemiológico das mulheres atendidas no serviço de mastologia do IMIP e sua relação com o estadiamento do câncer de mama no momento do diagnóstico.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal no serviço de mastologia do Instituto de medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife, PE, no período de agosto de 2017 até Julho de 2018. A população do estudo foi composta por 272 mulheres com câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia da Instituição e cadastrada no livro de registro de admissão nos anos de 2013 a 2015. Foram incluídas no estudo mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de mama. Foram excluídas aquelas sem registro das informações necessárias à pesquisa.

Foram avaliadas variáveis sócio-demográficas (Idade, escolaridade, estado civil, paridade) e clínicas (tipo histológico do tumor, estadiamento no momento do diagnóstico). Os dados foram digitados em uma planilha de Excel® e utilizada para análise dos dados no programa STATA 12. Na ocorrência de não haver algum dado registrado no livro, a coleta da informação foi realizada no prontuário da paciente. Foi realizada análise da frequência relativa e absoluta das variáveis. Foi realizado ainda testes de associação entre as variáveis epidemiológicas e o estadiamento do tumor no momento do diagnóstico. Para isto foi feito teste de associação de qui-quadrado de Pearson, adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP. Foi solicitado dispensa do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que os dados foram coletados de um livro de registro de pacientes que estão sendo acompanhadas desde 2013 e cujo contato da maioria dessas mulheres pode se tornar muito difícil. Antes de iniciar a pesquisa foi solicitada autorização da coordenação do setor de mastologia para utilizar os dados registrados no livro de admissão e nos

prontuários e foi obtida a autorização da coordenadora do serviço de mastologia. O serviço de mastologia possui registro de todas as informações clínicas e epidemiológicas das pacientes desde a sua implantação, em 2013. Além disso, as pacientes não tiveram sua identidade revelada, portanto, a possibilidade de identificação e algum prejuízo para a mesma são remotas. Os pesquisadores entendem que a pesquisa não fere os princípios éticos das boas práticas em pesquisa com seres humanos e segue o que recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram incluídas 272 mulheres com histopatológico positivo para câncer de mama de baixo ou alto grau. Na análise destas pacientes, foi observado um predomínio na faixa etária de 50 a 59 anos (30,6%), seguido da faixa entre 60 e 69 anos (24,3%). Em relação à ocupação, aproximadamente metade informou exercer atividade remunerada (51,2%) e um pouco menos da metade, declarou ser casada (46,6%). Um total de 57 mulheres (25,7%) declarou ter concluído o ensino médio, enquanto o mesmo número de mulheres informou ter concluído até o ensino fundamental. Da população estudada, um pouco mais da metade (55%) era procedente da Região Metropolitana do Recife. Além disso, tratando-se de raça/cor, 146 mulheres declaram-se pardas (73,7%). (Tabela 1).

Sobre os tipos histológicos do tumor, em 12 (4,4%) mulheres não se encontrou a informação no prontuário. Dos 260 prontuários cujo resultado histopatológico estava no disponível, 211(81,2%) tinham diagnóstico de carcinoma ductal invasivo e 9 (3,5%) com carcinoma lobular invasivo, seguido de 40 (15,4%) mulheres que tiveram outros tipos histológicos de câncer.

Em relação ao estadiamento no momento do diagnóstico, em 106 (39%) tal informação não estava descrita no prontuário. Em 166 prontuários foram identificados os estadiamentos, sendo 78 (47%) mulheres foram classificadas entre IIA e IIB seguindo da classificação IIIA até IIIB, onde houveram 52 (31,3%) mulheres. (Tabela 2)

Houve associação entre o comprometimento axilar na palpação e no resultado do exame de USG ($p < 0,001$) de modo que a maioria das mulheres (64%) cujo nódulo foi identificado na palpação da axila teve a confirmação do comprometimento ao exame de USG. (Tabela 3)

Em relação à distribuição do tipo histológico por idade, o carcinoma ductal invasivo (CDI) foi o predominante em todas as faixas etárias, com destaque na faixa etária dos 50 aos 59 anos com 59 casos (32,2%), seguido da faixa etária de 60 a 69 anos com 52 mulheres (28,4%). (Tabela 4)

DISCUSSÃO

A população deste estudo tem características semelhantes às encontradas em outras publicações de mulheres acometidas com câncer de mama, que é de ter maior incidência a partir dos 50 anos (raro antes dos 40 anos) e serem pardas. A média de idade do nosso estudo foi muito próxima à descrita para pacientes com câncer de mama que é de 50 a 59 anos, o que pode ser explicado pelo fato de o câncer de mama ter especificamente como característica uma maior incidência nessa faixa etária, independente da população estudada.^{1,7} Um dado relevante é que a ocorrência do câncer de mama não parece ser influenciada pelo nível de escolaridade, que por sua vez, é uma aproximação do nível socioeconômico. Houve uma relativa distribuição entre os níveis escolares com leve predominância em pacientes com ensino fundamental completo e ensino médio completo, o que reflete também sobre o poder socioeconômico das pacientes.

Observou-se neste estudo que a maioria dos pacientes possuía ocupação remunerada, como também predominância de pacientes com companheiros e procedentes da região metropolitana do Recife. Um estudo feito em Montes Claros, em Minas Gerais, publicado em 2012, notou-se uma coincidência de pacientes com predomínio de ocupação remunerada, procedentes da região metropolitana de Montes Claros. Já no contexto da situação conjugal houve uma disparidade dos resultados em que a maioria era casada.²⁶

Neste estudo, a maioria das pacientes foi diagnosticada com carcinoma invasivo do tipo ductal, independente da faixa etária escolhida, assim como em um estudo feito em Belo Horizonte, publicado em 2015, onde foram encontradas proporções semelhantes.¹⁹ Um outro estudo retrospectivo realizado na cidade de Curitiba corrobora estes achados. Nele, 57.7% das pacientes com câncer de mama apresentaram CDI e a faixa de idade que apresentou maior prevalência de câncer de mama foi de 51-70 anos (69.3%)²⁵. Assim como o tipo histológico, a média do estágio do câncer no momento do diagnóstico também foi semelhante, chegando a quase metade dos casos estadiados entre IIA-IIB. Enquanto no estudo feito em Montes Claros, notou-se que o estadiamento

mais prevalente está na faixa de III-IV com percentual 47,6%.²⁶ Considerando-se que Recife é a capital do estado de Pernambuco, talvez o acesso aos serviços de saúde seja mais simples e o rastreamento mais disponível, dessa forma, o diagnóstico em estádios iniciais tenha prevalecido.

Um dado relevante do estudo é a associação estatisticamente significativa entre a detecção do comprometimento linfonodal axilar pelo exame clínico (EC) e através da ultrassonografia (USG). Em concordância com o nosso estudo, podemos citar a contribuição de uma revisão retrospectiva de banco de dados conduzido por pesquisadores no EUA²¹. Neste estudo, houve similaridade entre a acurácia do EC e da USG na detecção de linfonodos comprometidos em pacientes com câncer de mama invasivo, sendo de 82,4% e 82,8%, respectivamente.

Os achados destes estudos corroboram a importância do EC na detecção de comprometimento axilar, o qual é simples, de rápida execução e sem custos adicionais. Acrescenta-se a isso o fato de que, em nosso estudo, o EC das axilas ter sido realizado por mastologistas experientes, o que aumenta a sensibilidade e especificidade do diagnóstico. Além disso, evidencia-se a USG como um recurso complementar na detecção de linfonodos suspeitos em axilas que se mostraram clinicamente negativas²².

A detecção do acometimento de linfonodos axilares é importante por estes serem um local frequente de disseminação metastática do câncer de mama²³. Além disso, o seu comprometimento serve como parâmetro para a avaliação do prognóstico e da conduta clínica a ser tomada neste tipo de câncer²⁴. Portanto, a combinação do EC e da USG axilar na verificação do comprometimento de linfonodos tem papel relevante do câncer de mama.

Conclusão

O perfil epidemiológico das pacientes atendidas no IMIP se assemelha ao perfil das mulheres de outras regiões do país, os estádios iniciais ao momento do diagnóstico foram flagrados em aproximadamente 50 % dos casos, um bom percentual quando comparado a outras regiões do Brasil, mas ainda aquém do esperado para países desenvolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1-INCA - CÂNCER - Tipo - Mama. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>.
Acesso em: 17/4/2017.
- 2- Harris J. Diseases of the Breast. Tradução. 5ª ed. (s.l) Lippincott/Wolters Kluwer Health, 2014.
- 3 - Castro, D. et al. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas no Hospital Geral de Palmas, Tocantins, no período de 2004 a 2009. Revista Brasileira de Mastologia, v. 23, n. 4, p. 130-134, 2013.
- 4 -Wright, J. et al. Racial and Ethnic Disparity in Stage at Breast Cancer Diagnosis: Changes in Minority Populations in Florida From 1981 to 2009. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics, v. 90, n. 1, p. S271-S272, 2014
- 5- Estadiamento - INCA. Disponível em:
http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54>. Acesso em: 6 maio. 2017.
- 6 – Caudle A et al. American College of Surgeons Oncology Group (ACOSOG)Z0011: Impact on Surgeons Practice Patterns. Annals Of Surgeons Oncology, v.19, n10, p 3144-3151, 2012.
- 7-
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29983470/?i=26&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29983470/?i=26&from=)
- 8-
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29982593/?i=28&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29982593/?i=28&from=)
- 9-
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29981619/?i=30&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29981619/?i=30&from=)
- 10-
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28447308/?i=93&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28447308/?i=93&from=)
- 11-
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24771909/?i=111&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24771909/?i=111&from=)

- 12- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/27296617/?i=115&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/27296617/?i=115&from=)
- 13- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25174527/?i=2&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology%20AND%20brazil&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25174527/?i=2&from=)
- 14- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25211424/?i=4&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology%20AND%20brazil&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25211424/?i=4&from=)
- 15- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25678813/?i=11&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology%20AND%20brazil&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25678813/?i=11&from=)
- 16- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24233038/?i=14&from="breast%20cancer"%20AND%20epidemiology%20AND%20brazil&sort=\[relevance\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24233038/?i=14&from=)
- 17- <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n2/a2454.pdf>
- 18- http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n2/pt_1983-1447-rngen-35-02-00113.pdf
- 19- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26375651/?i=133&from=epidemiology%20AND%20"breast%20cancer"%20AND%20brazil](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26375651/?i=133&from=epidemiology%20AND%20)
- 20- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26358931/?i=136&from=epidemiology%20AND%20"breast%20cancer"%20AND%20brazil](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26358931/?i=136&from=epidemiology%20AND%20)
- 21- #:
https://www.researchgate.net/profile/Stephanie_Valente/publication/221731807_Accuracy_of_Predicting_Axillary_Lymph_Node_Positivity_by_Physical_Examination_Mammography_Ultrasonography_and_Magnetic_Resonance_Imaging/links/548f8dcf0cf214269f263d16/Accuracy-of-Predicting-Axillary-Lymph-Node-Positivity-by-Physical-Examination-Mammography-Ultrasonography-and-Magnetic-Resonance-Imaging.pdf?origin=publication_detail
- 22- <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n3/3210.pdf>
- 23- Leong SP. Paradigm shift of staging and treatment for early breast cancer in the sentinel lymph node era. *Breast J.* 2006;12(5 Suppl 2):S128-33.

- 24- http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/04/MAS_v26n2_45-49.pdf
- 25- http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/Prelo/2017/AO-120_perfil_histologico_imuno_histoquimico_pacientes%20cancer_mama_operadas_hospital.pdf
- 26- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013

Tabela 1 – Características sociodemográficas e biológicas de mulheres com câncer de mama atendidas no IMIP, 2013-2015.

| Variável | N | % |
|--|----------|----------|
| Idade (N =235); Média de idade= 58,1 ± 12,8 | | |
| 30 – 39 | 18 | 7,7 |
| 40 – 49 | 39 | 16,6 |
| 50 – 59 | 72 | 30,6 |
| 60 – 69 | 57 | 24,3 |
| 70 -79 | 40 | 17,0 |
| > 80 | 9 | 3,8 |
| Ocupação (N= 252) | | |
| Com remuneração | 129 | 51,2 |
| Sem remuneração | 123 | 48,8 |
| Situação Conjugal (N=251) | | |
| Com companheiro | 118 | 46,6 |
| Sem companheiro | 133 | 52,6 |
| Escolaridade (N = 222) | | |
| Nenhuma | 21 | 9,5 |
| Ens. Fund. Incompleto | 53 | 23,9 |
| Ens. Fund. Completo | 57 | 25,7 |
| Ens. Med. Incompleto | 13 | 5,9 |
| Ens. Med. Completo | 57 | 25,7 |
| Ensino Superior ou mais | 21 | 9,5 |
| Procedência (N = 240) | | |
| Recife RMR | 132 | 55,0 |
| Interior do Estado | 100 | 41,7 |
| Outros Estados | 8 | 3,3 |
| Cor da Pele (N = 198) | | |
| Branca | 30 | 15,2 |
| Negra | 21 | 10,6 |
| Parda | 146 | 73,7 |
| Amarela | 1 | 0,5 |

Tabela 2 – Tipo histológico e estadiamento das mulheres com câncer de mama atendidas no IMIP, 2013-2015.

| Tipo Histológico N = 260 | N | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Carcinoma ductal invasivo | 211 | 81,2 |
| Carcinoma lobular invasivo | 9 | 3,5 |
| Outros | 40 | 15,4 |
| Estadiamento N = 166 | | |
| IA-IB | 13 | 7,8 |
| IIA-IIB | 78 | 47,0 |
| IIIA-IIIC | 52 | 31,3 |
| IV | 23 | 13,9 |

Tabela 3 – Associação do comprometimento axilar (palpação vs USG)

| Comprometimento axilar à palpação | Comprometimento axilar USG | | χ^2 |
|--|-----------------------------------|-------------|----------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 57 (64,0%) | 25 (33,8%) | p< 0,001 |
| Não | 32 (36,0%) | 49 (66,2%) | |
| Total (N=163) | 89 (100%) | 74 (100,0%) | |

USG: ultra-sonografia

Tabela 4 – Distribuição do tipo histológico do tumor por idade

| Idade (em anos) | Tipo histológico | | |
|------------------------|--|---|-------------------------|
| | Carcinoma ductal invasivo N (%) | Carcinoma lobular invasivo N (%) | Outros N (%) |
| 30-39 | 12 (6,6) | 1 (14,3) | 5 (15,2) |
| 40-49 | 29 (15,8) | 1 (14,3) | 8 (24,2) |
| 50-59 | 59 (32,2) | 1 (14,3) | 7 (21,2) |
| 60-69 | 52 (28,4) | 1 (14,3) | 3 (9,1) |
| 70-79 | 24 (13,1) | 2 (28,6) | 10 (30,3) |
| >=80 | 7 (3,8) | 1 (14,3) | 0 (0,0) |
| Total | 183 (100,0) | 7 (100,0) | 33 (100,0) |