Rak trzonu macicy poniżej 50. roku życia

rosnąca zachorowalność, dysproporcje i czynniki ryzyka

Roczny wzrost zachorowalności wg grupy wiekowej (dane SEER 2010–2019)

Grupa wiekowa	Roczny wzrost zachorowalności	Przedział ufności
15–29 lat	+2,2% / rok	95% CI: 0,7–3,8%
30–39 lat	+2,6% / rok	95% CI: 1,6–3,8%
40–49 lat	+1,8% / rok	95% CI: 0,7–3,0%
70–79 lat	+1,7% / rok	95% CI: 1,3–2,2%

Ryzyko raka endometrium a BMI (kobiety < 50. roku życia)

BMI	Kategoria	Ryzyko raka endometrium
< 25 kg/m²	referencja	—
25–29,9 kg/m²	nadwaga	↑ ~50%
30–34,9 kg/m²	otyłość I°	↑ ~2–3×
≥ 35 kg/m²	otyłość II–III°	OR 5,57 (4,33–7,16)
> 40 kg/m²	otyłość olbrzymia	ryzyko życiowe 10–15%

Śmiertelność z powodu raka macicy wg grupy rasowej / etnicznej (USA 2018)

Grupa rasowa / etniczna	Śmiertelność (2018)	Roczny wzrost śmiertelności	Uwagi
Kobiety czarne (non-Hispanic)	17,6 / 100 000	3,3% / rok (30–39 lat)	↑ agresywne podtypy, ↑ p53/HER2
Kobiety latynoskie	6,5 / 100 000	3,8% / rok (30–39 lat)	Najszybszy wzrost EOEC
Kobiety białe (non-Hispanic)	7,8 / 100 000	2,2% / rok	Referencja
Kobiety azjatyckie / API	4,2 / 100 000	1,9% / rok	Najniższa śmiertelność

Rak trzonu macicy o wczesnym początku — epidemiologia, dysproporcje i czynniki ryzyka

Co zbadano i jak

Źródłem jest artykuł edukacyjny CME opublikowany na platformie Medscape (czerwiec 2026) autorstwa Naseem Bazargan, MPH, syntetyzujący dane populacyjne z kilku dużych badań epidemiologicznych. Poziom EBM: badania kohortowe i rejestry populacyjne — dane wiarygodne pod kątem trendów, bez możliwości wyciągania wniosków przyczynowych. Kluczowe źródła to analiza SEER (zachorowalność

2010–2019, śmiertelność 2010–2022), rejestr Cancer in North America (n = 930 176 przypadków, 1995–2018) oraz badanie konsorcjalne (n = 1639 pacjentek poniżej 50. roku życia z 30 569 osobami z grupy kontrolnej).

Wyniki — liczby, które mają znaczenie

Wzrost zachorowalności we wszystkich grupach poniżej 50. roku życia — trend roczny potwierdzony statystycznie dla każdej grupy wiekowej (dane w tabeli powyżej). Rak macicy znalazł się w 2019 r. wśród guzów z czwartym co do wielkości absolutnym nadmiarem przypadków: szacunkowe 1209 dodatkowych diagnoz, co stanowiło 17% wszystkich rozpoznań raka macicy w tym roku.

Kluczowy sygnał alarmowy: rak macicy jest jednym z trzech nowotworów (obok raka jelita grubego i raka jądra), gdzie rosnącej zachorowalności towarzyszy jednoczesny wzrost śmiertelności w tej samej grupie wiekowej — u kobiet w wieku 30–49 lat.

Podtyp histologiczny: wzrost dotyczy przede wszystkim nowotworów endometrioidalnych — nowotwory nieendometrioidalne i mięsaki nie wykazały wzrostu zachorowalności w grupach poniżej 50. roku życia.

Otyłość jako główny modyfikowalny czynnik ryzyka

Rak endometrium wykazuje najsilniejszy związek z otyłością spośród 20 najczęściej diagnozowanych typów nowotworów — każdy wzrost BMI o 5 kg/m² wiąże się z ok. 54-procentowym wzrostem ryzyka. Przy BMI > 40 kg/m² ryzyko zachorowania w ciągu całego życia szacuje się na 10–15%, co jest porównywalne z ryzykiem raka płuca u palaczy.

Mechanizm jest trójwymiarowy i wzajemnie napędza się: (1) hiperestrogenizm z obwodowej aromatyzacji androgenów w tkance tłuszczowej stymuluje proliferację endometrium bez równoważącej roli progesteronu; (2) insulinooporność zwiększa biodostępność estrogenu i aktywuje szlak PI3K-AKT-mTOR; (3) prozapalny mikrośrodowisko (IL-6, CRP, TNF-α) sprzyja somatycznym zmianom genetycznym.

Czynniki łącznie odpowiadające za ~59% przypadków EOEC: BMI ≥ 25 kg/m², cukrzyca w wywiadzie, nieródkowość, brak stosowania doustnej antykoncepcji oraz wiek menarche ≤ 12 lat.

Dysproporcje rasowe i etniczne

Rak endometrium o wczesnym początku (EOEC) dotyka nieproporcjonalnie kobiet innych niż białe — stanowił 15,2% przypadków u kobiet latynoskich (vs. 6,4% w późnym początku) i 6,1% u kobiet azjatyckich (vs. 2,7%). Najwyższy wzrost zachorowalności odnotowano wśród kobiet czarnych (AAPC 3,5%), a do 2018 r. najwyższe wskaźniki bezwzględne — wśród kobiet latynoskich i azjatyckich.

Śmiertelność wśród kobiet czarnych jest ponad dwukrotnie wyższa (17,6 vs. 4,2–7,8 na 100 000). Badanie w jednym systemie opieki zdrowotnej (n = 14 074 kobiet, 2005–2022) wskazuje, że biologiczne cechy nowotworu (wyższy odsetek agresywnych podtypów, mutacje p53, ekspresja HER2) tłumaczą ok. 71% nadmiernego ryzyka śmiertelności, a status socjoekonomiczny dodatkowe 21%. Jakość leczenia po wyrównaniu dostępu do opieki nie miała istotnego znaczenia — co sugeruje, że sama poprawa dostępu nie wystarczy bez skuteczniejszych terapii dla agresywnych podtypów.

Co z tego wynika w gabinecie

Pacjentka poniżej 50. roku życia z otyłością (szczególnie BMI ≥ 35 kg/m²), nieregularnymi krwawieniami i wywiadem cukrzycy lub PMOS to profil wymagający interwencji — nie tylko diagnostyki, ale rozmowy o modyfikacji stylu życia, progestagenach i ewentualnie lekach poprawiających insulinowrażliwość w kontekście onkoprotekcji. Doustna antykoncepcja pojawia się w danych jako czynnik ochronny — warto to uwzględniać przy doborze metody u kobiet z obciążonym profilem.

Krwawienia nieprawidłowe u kobiet poniżej 50. roku życia z czynnikami ryzyka metabolicznego powinny być diagnozowane szybciej niż w grupach bez tych czynników.

Ograniczenia

Artykuł CME syntetyzuje dane obserwacyjne i rejestrowe — związki przyczynowe nie są udowodnione w RCT. Analiza trendów SEER nie uwzględnia zróżnicowania dostępu do diagnostyki, co może sztucznie zawyżać trendy w grupach o rosnącym dostępie do opieki zdrowotnej. Dane dotyczące dysproporcji rasowych mogą odzwierciedlać zarówno biologię nowotworu, jak i nierówności w diagnostyce (brak badań przesiewowych, późne rozpoznania).

Źródło

Bazargan N. Rising Early-Onset Uterine Cancer: Disparities and Risk Factors. Medscape Now!, 3 czerwca 2026.

https://www.medscape.org/viewarticle/medscape-now-rising-early-onset-uterine-cancer-disparities-2026a1000gb5