

Varia

W trosce o poprawę standardów w leczeniu raka piersi

Paweł Murawa

How to improve the standards of breast cancer treatment

Europejskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej (ESSO) angażuje się czynnie w promowanie wysokich jakościowo standardów w zakresie chirurgii onkologicznej. To ambitne zadanie polega na wyszukiwaniu tzw. „Centres of Excellence” leczenia raka. Ośrodki te charakteryzują się wielospecjalistycznym systemem leczenia nowotworów. W Polsce taką funkcję pełni Centrum Onkologii-Institut w Warszawie. Nie wszyscy chorzy na nowotwory złośliwe mogą, jak również nie wszyscy muszą, leczyc się, w specjalistycznych ośrodkach onkologicznych. Aliści wszyscy chorzy powinni mieć zagwarantowane leczenie na najwyższym dostępnym poziomie. Wysoki standard leczenia chirurgicznego można zapewnić poprzez szkolenie w specjalistycznych centrach i egzekwowanie umiejętności w praktyce, zgodnie z ustalonymi zaleceniami i protokołami leczenia. ESSO wspólnie z towarzystwami krajowymi jest w trakcie ustalania standardów leczenia nowotworów. Niniejszy wykład dotyczy leczenia raka piersi. Jest to jeden z pierwszych standardów, którymi zajęły się towarzystwa chirurgiczne. Opiera się on w znacznym stopniu na bardzo dobrym opracowaniu British Association of Surgical Oncology (BASO), Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG) i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTChO). Mam nadzieję, że będzie on pomocny chirurgom, a dzięki swojej elastyczności może być zaadoptowany w naszym systemie organizacji usług medycznych.

Leczenie wczesnego raka piersi charakteryzuje się różnorodnością: od leczenia chirurgicznego (jako pojedynczej procedury), polegającego na amputacji piersi z ewentualną późniejszą radioterapią, do leczenia kompleksowego – wielospecjalistycznego – obejmującego zróżnicowane postępowanie chirurgiczne. W leczeniu bierze udział grupa specjalistów postępujących zgodnie z przyjętymi zasadami – standardami. Przyjęcie rekomendowanych zasad postępowania ma na celu zapewnienie wyso-

kiego poziomu leczenia, dzięki czemu minimalizuje się powikłania i poprawia zdolność systemu do modyfikacji, przyjmowania i wdrażania nowej wiedzy i nowości wynikających z postępu.

Zasadniczym celem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej jest ustalenie, wspólnie z ESSO, optymalnej strategii postępowania w raku piersi, co obejmuje różne aspekty zapobiegania, rozpoznawania, leczenia i opieki po leczeniu.

Badania przesiewowe

Nazwa przesiew (skryning, ang. *screening*) jest używana jako synonim „wczesnego wykrywania” lub „profilaktyki wtórnej”; obejmuje działania wśród osób bez objawów choroby, w celu wykrycia choroby w okresie bezobjawowym lub przedklinicznym.

Skryning polega na zastosowaniu specyficznych testów w celu wyłonienia grupy osób bez objawów, u których istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia poszczególnego schorzenia. Rak piersi jest schorzeniem szczególnie spełniającym wymogi General Screening Principles, ustalone 30 lat temu przez Światową Organizację Zdrowia. Współczesne metody, mające zastosowanie w skryningu raka piersi to: samobadanie piersi (*Breast self examination* – BSE) badanie kliniczne piersi (*clinical breast examination* – CBE), skryning genetyczny i mammografia. Każda z tych metod wykazuje różny stopień czułości i specyficzności. Od czasu wdrożenia skryningu mammograficznego w 1960 r. stwierdzono istotne zmniejszenie śmiertelności wśród kobiet w wieku 50-59 lat. Skryning u kobiet w wieku < 49 r.ż. wykrywa mniej przypadków raka niż w starszej populacji. Jest to oczywiste z powodu większej gęstości tkanki gruczołu piersiowego u młodszych kobiet. Ciekawe, że u czterdziestolatek z obciążonym wywiadem rodzinnym badanie skryningowe pozwala wykryć podobną ilość przypadków raka, jak u kobiet z normalnej populacji po 50 r. ż.

Od 1980 r. w wielu krajach stworzono programy skryningowe. Dobry test skryningowy powinien być precyzyjny, tzn. bezbłędnie identyfikować pacjentów z chorobą (test +) i tych bez choroby (test -). Precyzja testu jest

Wielkopolskie Centrum Onkologii
Wykład dedykowany prof. Tadeuszowi Koszarowskiemu, wygłoszony na uroczystości otwarcia V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej we Wrocławiu 27 maja 1999 r.

określana przez jego specyficzność i czułość. Brak rozpoznania istniejącego raka z powodu niskiej specyficzności nazywamy wynikiem fałszywie negatywnym. Wynik fałszywie pozytywny świadczy o nadmiernej czułości testu. Samobadanie piersi (BSE) i kliniczne badanie piersi (CBE) jest metodą prostą, bezpieczną, powtarzalną, tanią i akceptowaną zarówno przez pacjentki, jak i lekarzy. Chociaż te techniki nie są oficjalnie zalecane jako badania skryningowe, są one niewątpliwie użyteczne, szczególnie u młodszych kobiet, u których nie zaleca się profilaktycznych badań mammograficznych. Kobiety powinny wykonywać BSE raz w miesiącu, a CBE raz w roku i to u kompetentnego lekarza. W ostatnich 15 latach rozwój mammografii pozwala objąć tym badaniem coraz większą rzeszę kobiet przy stosunkowo niskich kosztach. Mammografia może być stosowana bezpiecznie jako badanie okresowe, ponieważ ekspozycja promieniowania wynosi zaledwie 300 mrad. Ta dawka nie jest szkodliwa. Właściwie wykonane badanie mammograficzne wykazuje czułość 85%. Dzięki redukcji tkanki gruczołowej w piersi u kobiet w 5. i 6. dekadzie życia, czułość wykonanej u nich mammografii wzrasta. Natomiast u młodych kobiet właściwszym wydaje się badanie USG. W niedalekiej przyszłości mammografia cyfrowa, wsparta techniką komputerową, zwiększy czułość badania. Liczne mutacje w genach supresorowych (*p53*, *Rb-1*, *BRCA1*, *BRCA2*) są powiązane z występowaniem raka piersi. Techniki identyfikujące te mutacje rozwinęły się w ostatnim czasie i mogą mieć zastosowanie jako test skryningowy.

Czynniki ryzyka i korzyści są częścią składową skryningu. Należy je brać pod uwagę w trakcie doboru pacjentów. Skryning mammograficzny może zredukować śmiertelność wśród kobiet o 30%, a w połączeniu z CBE o dalsze 5-20%. Jest to ważne, ponieważ raka wcześniej wykrytego możemy leczyć, zachowując gruczoł piersiowy, unikając niekorzystnych efektów chemioterapii i minimalizując niekorzystny efekt psychologiczny.

Zespół specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem raka piersi

Wzrost zagrożenia wystąpieniem raka piersi wymusza zmiany organizacyjne w opiece zdrowotnej. Systematycznie zwiększa się liczba kobiet zgłaszających się z powodu dolegliwości ze strony gruczołu piersiowego. U zdecydowanej większości są to zmiany łagodne. Powoduje to wzrost zapotrzebowania na postępowanie diagnostyczne. Chirurg, radiolog, patolog stanowią trzon zespołu diagnostycznego. Podstawowym warunkiem dobrej diagnostyki jest ścisła zespołowa codzienna współpraca wymienionych specjalistów. Postępowanie diagnostyczne powinno być wykonywane bez zbędnego opóźniania.

Wstępna interpretacja wyników i ustalenie dalszego postępowania powinno opierać się na ustalonym uprzednio wspólnie protokole. Strategia chirurgiczna nie powinna już dłużej polegać tylko na mastektomii, jako zasadniczym sposobie leczenia raka piersi. Zgodnie z preferencjami chorej i zgodnie z zasadami chirurgii onkologicznej, zespół leczący powinien móc jej zaproponować

leczenie oszczędzające lub rekonstrukcję piersi. Chirurg specjalizujący się w leczeniu raka piersi musi być przeszkolony w różnych jego aspektach. Powinien posiadać wiedzę z zakresu diagnostyki, sposobów leczenia i rokowania, aby kompetentnie udzielać informacji pacjentom. Ścisła współpraca z chirurgią rekonstrukcyjną jest zasadniczym warunkiem pełnej oferty leczenia chorej z rakiem piersi.

Techniki obrazowe (mammografia i ultrasonografia) stają się nieodzowne w ustaleniu prawidłowej diagnozy. Mammografia i ultrasonografia służą również do usuwania zmian niewyczuwalnych, opróżniania torbieli. Zastosowanie nowoczesnej stereotaktycznej aparatury umożliwia dokładną lokalizację zmian w celu pobrania materiału do badań cytologicznych.

Leczenie chorób gruczołu piersiowego odbywa się w oparciu o rozpoznanie histopatologiczne. Wymaga to zatrudnienia w zespole patologa o odpowiednim doświadczeniu. Rozpowszechnienie badań mammograficznych i ultrasonograficznych powoduje wzrost ilości rozpoznawanych małych guzków, raków przedinwazyjnych i tzw. zmian granicznych (*borderline lesions*). Od patologa oczekujemy interpretacji zmian łagodnych pod kątem ryzyka ich zezłośliwienia. Patolog w coraz większym stopniu zajmuje się określaniem czynników prognostycznych, które mają bezpośredni wpływ na decyzje kliniczne. W ostatnim dwudziestolecu, leczenie adiuwantowe (radioterapia i chemioterapia) stało się integralną częścią terapii raka piersi. Decyzja dotycząca leczenia uzupełniającego i sposób przeprowadzenia tego leczenia (przed lub po operacji) zależy od stopnia zaawansowania choroby i wielu czynników patologicznych i chirurgicznych.

Chirurg, radioterapeuta, chemioterapeuta, patolog i radiolog stanowią zatem rdzeń zespołu ekspertów zajmujących się chorobami piersi.

Wspólne zasady postępowania

Specjaliści zajmujący się leczeniem raka piersi powinny dążyć do ustalenia jednolitych zasad postępowania. Takie ujednoczenie protokołów postępowania ma za zadanie zapewnić wysoki standard, właściwe kierowanie chorych do poszczególnych specjalistów oraz umożliwić ocenę poszczególnych etapów leczenia. Ścisłe przestrzeganie wspólnie ustalonych zasad leczenia umożliwi porównanie wyników pomiędzy różnymi ośrodkami, a co za tym idzie – wspólne prowadzenie naukowych badań kontrolowanych.

Niestety do dnia dzisiejszego niewiele jest wspólnych zasad postępowania w raku sutka. Protokół postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi został opracowany przez grupę chirurgów zgromadzonych w British Association of Surgical Oncology (BASO). Protokół ten został następnie zaakceptowany poprzez Royal College of Surgeons. Zasady opracowane przez BASO dotyczą łagodnych i złośliwych zmian w piersi. Aby zastosować proponowane rekomendacje musimy dysponować diagnostyką wysokiej jakości, patologią, planowaniem leczenia radio-terapeutycznego, odpowiednimi procedurami chirurgicznymi, harmonogramem kontroli po leczeniu i programem

edukacji personelu. Dokument ten jest zaopatrzony w skalę umożliwiającą obiektywną ocenę jakości przeprowadzanego leczenia i ocenę wyników leczenia. Dokument ten ma szansę na międzynarodowe uznanie i stanowi podstawę dobrego klinicznego standardu.

Zalety stosowania jednolitego protokołu w leczeniu raka sutka na skalę kraju zostały udowodnione przez Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). Od 1977 r. każda instytucja zajmująca się leczeniem raka piersi w Danii przestrzega wytycznych opracowanych przez DBCG. Kobiety są diagnozowane, leczone i kontrolowane zgodnie z opracowanym programem. W wyniku konsekwentnego postępowania rokowanie u chorych jest takie same, bez względu na miejsce zamieszkania. Do roku 1977 rokowanie u kobiet zamieszkałych w Kopenhadze było lepsze niż u zamieszkałych w innych regionach Danii. Poprawę wyników zaobserwowano w całym kraju, szczególnie wśród kobiet będącym w okresie przedmenopauzalnym.

Doświadczenie Włochów było podobne. Specjalnie powołana grupa do leczenia raka piersi wchodząca w skład *National Research Council* została zobowiązana do rozpowszechnienia w całym Włoszech protokołów postępowania diagnostycznego i leczniczego w raku gruczołu piersiowego. W wyniku tego postępowania zaobserwowano bardzo wyraźną poprawę w wynikach leczenia. Podobne krajowe standardy postępowania zostały opracowane i są wdrażane w innych krajach europejskich (Austria, Irlandia, Holandia). Jest wielce prawdopodobne, że wprowadzanie narodowych standardów postępowania chirurgicznego, radioterapeutycznego i chemioterapeutycznego zostanie wkrótce rozpowszechnione – mam nadzieję, że również w naszym kraju. Pozwoli to niewątpliwie na rozpowszechnienie właściwego sposobu leczenia, a tym samym poprawę wyników leczenia.

Trudności związane z wprowadzaniem wspólnych protokołów postępowania wynikają z różnic klinicznych i organizacyjnych w zależności od regionu kraju. Wewnątrz kraju i regionu występują wyraźne różnice dotyczące postępowania klinicznego, oceny wyników leczenia, strategii chirurgicznej i techniki operacyjnej, jak również protokołów leczenia uzupełniającego. Ciągłym wyzwaniem dla profesji medycznych jest łączenie najwyższych standardów naukowych i leczniczych.

Proponowane postępowanie

Należy powołać zespół ekspertów z zakresu leczenia raka piersi, który będzie pracował w sposób skoordynowany. Chorzy z dolegliwościami ze strony gruczołu piersiowego powinny być kierowani do takiej jednostki. Tutaj powinni otrzymywać pełny zakres leczenia, zgodny z najnowocześniejszymi osiągnięciami nauk medycznych. Lepsze wyniki w zakresie leczenia raka piersi uzyskują chirurdzy specjalizujący się w tym zagadnieniu, niż chirurdzy traktujący to zagadnienie okazjonalnie.

Grupy specjalizujące się w leczeniu raka piersi powinny dążyć do przyjęcia jednolitego sposobu leczenia. Standardy postępowania opracowane przez BASO są

chwalebna inicjatywą, służącą poprawie jakości leczenia chorych z rakiem piersi. Doświadczenia Duńczyków i Włochów również podkreślają wagę wypracowanych wspólnie standardów.

Ogólne zasady i wskazówki dla chirurgów zajmujących się leczeniem raka piersi

Większość rekomendacji opiera się na zaleceniach BASO i programie DBCG oraz opracowaniach Centrum Onkologii–Instytutu w Warszawie. Zalecenia te nie są obowiązkowe. Wdrożenie ich wymaga dużego wysiłku ze strony towarzystw naukowych i instytucji zajmujących się organizacją opieki zdrowotnej.

Jak powinno wyglądać postępowanie diagnostyczne?

Kobieta z dolegliwościami ze strony gruczołu piersiowego zgłasza się do jednostki zajmującej się leczeniem schorzeń piersi. Zasadniczą rolę w ustaleniu diagnozy spełnia chirurg. Koordynuje on również pracę pozostałych członków zespołu.

Metoda potrójnej oceny jest podstawową zasadą w ocenie guza piersi. Składa się na nią:

1. Badanie kliniczne wykonywane przez doświadczonego chirurga;
2. Wysokiej jakości badanie mammograficzne i ultrasonograficzne (jeżeli są wskazania);
3. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa BAC lub biopsja przy pomocy *Tru-cut*. W ocenie wyników badań obowiązuje zasada „trzy razy tak”. Jeżeli istnieją wątpliwości dotyczące jednego lub więcej badań, ocena guza nie jest rozstrzygająca i wskazana jest biopsja otwarta.

Badanie guza śródoperacyjne wykonuje się obecnie rzadziej, niż poprzednio. Wykonuje się je metodą zamrażania skrawków podejrzanej tkanki. Ponieważ znane są przypadki fałszywie dodatnie, decyzja co do leczenia ostatecznego powinna być podjęta, jeżeli wynik badania mikroskopowego – śródoperacyjnego jest zgodny z oceną makroskopową.

U kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym ryzyko zachorowania może być zwiększone. Jeżeli u dwóch krewnych pierwszego stopnia, bez względu na wiek, wystąpił rak piersi, lub jeżeli wystąpił on u jednej krewniej poniżej 40. roku życia, to taka kobieta jest kandydatką do badań genetycznych i powinna być poddana ścisłej i systematycznej kontroli.

Jakość standardów diagnostycznych jest bardzo istotna i powinna być przedmiotem regularnej kontroli. Sposób oceny opracowali specjaliści brytyjscy. Obejmuje on następujące kluczowe elementy:

1. Co najmniej 80% tzw. pilnych przypadków – podejrzanych – powinno zostać przebadanych przez specjalistę chirurga w ciągu 5 dni. Co najmniej 70% ze zmianami łagodnymi powinno być skonsultowanych przez specjalistę chirurga w ciągu 15 dni roboczych.
2. Mniej niż 10% z wszystkich nowo zarejestrowanych chorych z rakiem piersi zgłasza się w celu ustalenia ostatecznej diagnozy więcej niż 2 razy.

3. Co najmniej 90% kobiet zakwalifikowanych do otwartej biopsji należy przyjąć do szpitala nie później niż 2 tygodnie od podjęcia decyzji.
4. Stosunek guzów łagodnych do złośliwych, tzn. liczba biopsji z powodu zmiany łagodnej do całkowitej liczby raków piersi leczonych w oddziale, nie powinien być większy niż 1: 1 (wyłączono operacje z powodu wycieku z piersi i ropni).
5. 90% wyczuwalnych guzów piersi powinno zostać zdiagnozowanych przedoperacyjnie za pomocą BAC. Standardyzacja wymaga odpowiedniej jakości sprzętu diagnostycznego (USG, mammografia) i wysokiego poziomu diagnostyki patologicznej.

Opcje lecznicze i planowanie

Kobieta z rakiem piersi powinna zostać skierowana jak najszybciej do kliniki lub oddziału specjalistycznego w celu ostatecznego leczenia chirurgicznego. Operację powinni wykonywać chirurdzy doświadczeni w leczeniu raka piersi. W skład zespołu operacyjnego powinien wchodzić chirurg przeszkolony w chirurgii plastycznej piersi. Przed przystąpieniem do leczenia należy pacjentkę zapoznać ze sposobami leczenia chirurgicznego. Podczas rozmowy z pacjentką nt. planowanego leczenia, chirurg powinien w pierwszym rzędzie uwzględnić jej wymagania. Klinika zajmująca się leczeniem raka piersi powinna zaoferować – zgodnie ze współczesną wiedzą – kilka metod leczenia operacyjnego.

Pacjentka powinna być wyczerpująco poinformowana. Powinna mieć czas do namysłu celem podjęcia decyzji. Czasami lekarz musi zarezerwować czas na dodatkowe spotkanie i wesprzeć się specjalnie w tym celu przeszkoloną pielęgniarką. Zaproponowane chorej metody leczenia chirurgicznego muszą być powszechnie akceptowanymi procedurami, równoważnymi pod względem wyników odległych. Powszechnie uznanymi metodami leczenia chirurgicznego raka piersi są:

1. Leczenie chirurgiczne z zachowaniem gruczołu piersiowego (*breast-conserving therapy BCT*) połączone z limfangiektomią pachową i radioterapią.
2. Mastektomia z limfangiektomią.
3. Mastektomia z limfangiektomią, z jednoczasową lub odroczoną rekonstrukcją.

Co do usuwania węzłów chłonnych dołu pachowego wzrasta ilość kontrowersyjnych opinii. W ostatnim czasie kontrowersje nasiliły się w związku z zastosowaniem izotopów w diagnostyce. Większość chirurgów uważa, że usuwanie węzłów chłonnych dołu pachowego jest uzasadnione i ma na celu:

1. Ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu.
2. Uzyskanie informacji istotnych dla rokowania.
3. Zapobieżenie nawrotom ze strony układu chłonnego pachy.

Stan węzłów chłonnych jest najistotniejszym czynnikiem prognostycznym w raku piersi. Ilość węzłów chłonnych, które należy usunąć, jest dyskusyjna. Jeżeli chcemy jedynie w sposób pewny ocenić stan węzłów, wystarczy usunąć co najmniej 4 węzły. Jeżeli celem jest zapobieżenie

miejscowym nawrotom i wnikliwa ocena prognostyczna, powinno usunąć się węzły chłonne I i II piętra dołu pachowego. Liczba węzłów chłonnych dołu pachowego różni się u poszczególnych osób. Dodatkowo zależy, jak pieczołowicie chirurg preparuje dół pachowy i jak dokładnie wyszukuje je z preparatu histopatolog. Przeciętnie w dole pachowym znajduje się 25 węzłów chłonnych. Powinno się unikać napromieniania pachy po dokładnej limfangiektomii ze względu na ryzyko wystąpienia znacznego obrzęku kończyny górnej.

Rak piersi nieinwazyjny (*carcinoma in situ*)

Rak piersi nieinwazyjny w momencie rozpoznania jest chorobą potencjalnie wyleczalną. Preferowanym sposobem leczenia jest mastektomia, chociaż w niektórych przypadkach może ona uchodzić za leczenie nadmierne. Leczenie *Ca in situ* nadal budzi kontrowersje. Jeżeli będziemy leczyć niewystarczająco, ryzykujemy, że rozwinie się rak inwazyjny, który może doprowadzić do zgonu.

W chwili obecnej nie ma wyraźnego konsensusu co sposobu leczenia postaci nieinwazyjnej raka. Generalnie uważa się że rak zrazikowy nieinwazyjny (*ca lobulara in situ, LCIS*) jest właściwie markerem wskazującym na zwiększone ryzyko wystąpienia raka inwazyjnego, podczas gdy jego postać przewodowa (*ca ductale in situ – DCIS*) uchodzi za prekursora raka piersi inwazyjnego. Problem terapeutyczny w DCIS polega na tym, że amputacja piersi daje 100% wyleczenie, gdy tymczasem mniejszy zakres operacji kryje ryzyko wznowy i rozwoju postaci inwazyjnej. Miejscowe wznowy w DCIS występują od 5-60%. Wznowa zależy od rozmiarów zmiany, szerokości marginesu, podtypu histologicznego i sposobu wzrostu.

Ryzyko rozwoju raka piersi na podłożu LCIS jest uzależnione od liczby zajętych pęcherzyków i rozmiarów jąder. Sposób leczenia oscyluje pomiędzy chirurgiczną biopsją i systematyczną kontrolą, a obustronną podskórną mastektomią. Ponieważ historia naturalna LCIS jest niepewna, a ewentualnie powstający na tym podłożu rak naciekający nie zawsze ma postać pęcherzykową, współcześnie zaleca się systematyczne i częste kontrole.

Standardy jakościowe

Zgodnie z zaleceniami BASO, DBCG i ESSO, PTChO jakość leczenia raka sutka oceniać powinniśmy w oparciu o następujące parametry:

1. Skład zespołu zajmującego się leczeniem: chirurg (ekspert w chirurgii piersi), radiolog (ekspert w mammografii i USG), histopatolog (ekspert w diagnostyce raka sutka). Zespół ten powinien mieć zagwarantowaną współpracę z chemioterapeutą i radioterapeutą.
2. Zespół ten powinien systematycznie (1x tydzień) organizować spotkania, na których omawia się problemy diagnostyczne, lecznicze i ustala leczenie uzupełniające.
3. Co najmniej 90% kobiet powinno być przyjętych do szpitala w okresie nie dłuższym, niż 3 tygodnie.

4. U co najmniej 90% kobiet zakwalifikowanych do oszczędzającego leczenia nie powinno wykonywać się więcej, niż dwóch zabiegów.
5. Chirurg podejmujący się leczenia oszczędzającego musi posiadać umiejętność makroskopowej oceny zdrowego marginesu wokół guza i powinien oznaczyć brzegi wyciętego preparatu zgodnie z wymaganiami histopatologa.
6. Margines zdrowych tkanek wokół guza (zarówno po mastektomii jak i BCT) powinien wynosić (w świeżym preparacie) nie mniej niż 1 cm.
7. W każdym przypadku inwazyjnej postaci raka piersi należy ocenić histologicznie stan co najmniej 10 węzłów chłonnych pachowych.
8. Nie zaleca się profilaktycznej radioterapii dołu pachowego, jeżeli w wyniku limfangiektomii pachowej nie pozostawiono zmienionych makroskopowo węzłów chłonnych. W przypadku DCIS ze znaczną komponentą śródprzewodową (EIC) należy unikać leczenia oszczędzającego.

Kontrola po leczeniu (*follow-up*)

Wszyscy pacjenci leczeni z powodu raka piersi powinni podlegać okresowej kontroli u specjalisty, a w przypadku podejrzanych objawów należy natychmiast wdrożyć odpowiednie postępowanie diagnostyczne. Każdy ośrodek zajmujący się leczeniem raka piersi powinien ustalić harmonogram systematycznych kontroli w zależności od stopnia ryzyka wystąpienia wznowy.

Ocenia się, że aż u 50% chorych z objawowym raka piersi możemy spodziewać się wznowy. U większości wznowa procesu nowotworowego wystąpi w okresie 5 lat od leczenia i jest związana z czynnikami ryzyka, które w większości można określić na podstawie badań histopatologicznych.

ESSO rekomenduje kontrolę w oparciu o protokół opracowany przez DBCG. W tym systemie zaleca się poddawanie kontroli pacjentek (poniżej 75 r.ż.) w szpitalu specjalistycznym co 6 miesięcy przez 5 lat, a następnie przez następne 5 lat – 1 raz w roku. Przy każdej kontrolnej wizycie wykonuje się badanie kliniczne. U kobiet powyżej 50 r.ż. zaleca się wykonanie 1/rok mammografii. U kobiet z nieznacznymi czynnikami ryzyka nie zaleca się wykonywania badań dodatkowych, jeżeli nie ma podejrzanych dolegliwości lub uzasadnienia klinicznego. W grupie zwiększonego ryzyka wykonuje się badania dodatkowe zgodnie z ustalonym protokołem. Zasady *follow-up*, różnią się w poszczególnych ośrodkach i powinno się dążyć do ich unifikacji, aby móc prowadzić badania porównawcze.

Ocena jakości standardów *follow-up* i leczenia nawrotów

Zgodnie z BASO i DBCG należy oceniać następujące parametry:

1. Chirurg musi zagwarantować odpowiedni poziom kontroli pooperacyjnej.
2. Zespół chirurgiczny musi brać udział w badaniach kon-

trolnych, szczególnie u chorych po leczeniu zachowawczym (BCT).

3. W BCT mammografia stanowi integralną część badań kontrolnych, a jej częstotliwość powinna być ściśle przestrzegana.
4. Po operacji radykalnej w okresie 5-letniej obserwacji ilość nawrotów miejscowych nie powinna przekraczać 10%.
5. U kobiet ze szczególnym ryzykiem nawrotu na klatce piersiowej i w dole pachowym powinno się rozważyć profilaktyczną radioterapię. U chorych tych powinno zaznaczyć się wyraźnie np. w epikryzie o ryzyku wystąpienia wznowy.
6. Nawroty w dole pachowym w okresie 5-letniej obserwacji nie powinny przekraczać 5%.
7. Chirurg leczący powinien posiadać pełną informację na temat stanu węzłów chłonnych, aby móc przedyskutować dalsze leczenie z chemioterapeutą.

Leczenie nawrotów

Każdy ośrodek zajmujący się leczeniem raka piersi powinien stworzyć protokół leczenia nawrotów. Na początku ważne jest zdefiniowanie wznowy miejscowej, regionalnej, przerzutów odległych. Leczeniem nawrotów zajmuje się cały zespół, w skład którego wchodzi chirurg, radioterapeuta i chemioterapeuta i coraz częściej, szczególnie w UE, specjalnie przeszkolona pielęgniarka, której zadanie polega na opiece nad chorą pod względem psychologicznym i socjalnym. Jeżeli mamy do czynienia ze wznową lokoregionalną decyzję leczniczą podejmują: chirurg onkolog, chirurg plastyk i radioterapeuta. Oni decydują, czy leczenie miejscowe jest możliwe. Jeżeli nie, należy rozważyć leczenie systemowe.

Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO) dla ośrodków zajmujących się leczeniem raka piersi:

1. Wdrożenie standardów z ośrodków referencyjnych do diagnostyki, leczenia, kontroli, oceny wyników i pomiaru jakości standardów.
2. Ocena stopnia zaawansowania w oparciu o UICC.
3. Stworzenie wielospecjalistycznych zespołów zajmujących się leczeniem raka piersi.
4. Udział w randomizowanych badaniach klinicznych, w sytuacjach, gdzie trudno ustalić, która metoda leczenia jest korzystniejsza dla chorej.
5. Rozwój ośrodków referencyjnych kształcących specjalistów zajmujących się rakiem piersi jako podspecjalnością w ramach chirurgii onkologicznej.

Przyjęto do druku: 3 lutego 2000 r.

Doc. dr hab. med. Paweł Murawa
Wielkopolskie Centrum Onkologii
ul. Garbary 15
61-866 Poznań