

Rak piersi – choroba przewlekła



Życie bez nawrotu

Tadeusz Pieńkowski

Rak piersi zaczyna być postrzegany jako choroba przewlekła, którą można skutecznie kontrolować przez długi czas. Znaczną zasługę w popularyzowaniu tego budującego faktu mają pacjentki i ich organizacje. To one świadczą o sukcesach onkologii, występując publicznie.

To są zyski wynikające z inwestowania w optymalne leczenie. Wiem, że ciągle jeszcze wymaga to cywilnej odwagi pacjenta. Rak pozostaje, niestety, w społecznej świadomości chorobą stygmatyzującą.

Leczenie skojarzone

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w wielu krajach rozwiniętych zanotowano spadek współczynników umieralności z powodu raka piersi. Efekt ten uzyskano przy stale rosnącej zapadalności. W Polsce od 2000 r. współczynniki umieralności z powodu raka piersi ustabilizowały się i wykazują tendencję spadkową. Uzyskanie obniżenia ryzyka zgonu z powodu raka przy stale rosnącej zapadalności na taką skalę jest ogromnym sukcesem, niespotykanym dotąd w dziejach onkologii. Stało się to możliwe dzięki zastosowaniu w praktyce klinicznej zdobyczy nauk podstawowych, wprowadzeniu badań przesiewowych i – co niezwykle istotne – objęciu leczeniem skojarzonym większości chorych.

Psychiczna rehabilitacja

Zmienia się też rzeczywiście sposób chorowania na raka. U dużej części chorych leczenie

może być prowadzone bez konieczności wykonywania okaleczającego zabiegu mastektomii. Chore, u których wykonano amputacje, mają możliwość wykonania zabiegów rekonstrukcyjnych. Rehabilitacja psychiczna i fizyczna stała się integralną częścią leczenia. Chore na raka piersi mimo okaleczenia, konieczności leczenia i lękiem prze nawrotem choroby mogą prowadzić aktywne życie i podlegać jedynie niewielkim ograniczeniom. Obniżeniu ulega społeczny lęk przed rakiem piersi. To ważne: im mniej społecznego lęku, tym więcej chorych diagnozuje swoją chorobę w takim stadium, że szanse na wyleczenie są znaczne.

Badania przesiewowe

Wprowadzenie mammograficznych badań przesiewowych w skali populacji spowodowało zmianę w strukturze chorych podejmujących leczenie. Rozpoznanie raka we wczesnej, najlepiej bezobjawowej jeszcze fazie jest istotnym czynnikiem mającym wpływ na wyniki leczenia. Podstawowym czynnikiem rokowniczym jest wielkość guza pierwotnego i stan regionalnych węzłów pachowych. U kobiet objętych systemem badań przesiewowych w przypadku rozpoznania raka często guz

pierwotny ma wymiary nieprzekraczające 2 cm, a u większości chorych nie stwierdza się przerzutów w regionalnych pachowych węzłach chłonnych. W populacjach, w których badania przesiewowe są prowadzone na właściwą skalę, ryzyko zgonu z powodu raka piersi ulega obniżeniu o około 30 proc.

Marzymy, żeby na partnerskich zasadach współpracować z lekarzami rodzinnymi. Oni mają gruntowną, ogólną wiedzę o pacjencie. Często byłaby ona dla nas na wagę złota. My powinniśmy przekazywać im chorych z obszerną informacją na temat przebiegu leczenia, etapu choroby i działania leków stosowanych przewlekłe. Niestety, ciągle jeszcze nie ma takiego interaktywnego współdziałania między specjalistami medycyny rodzinnej i onkologii.

Ciąg wydarzeń

Zasadniczym zmianom uległy sposoby rozpoznawania raka piersi. Klasyczny ciąg wydarzeń: niepokojące dolegliwości lub objawy, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe i ustalenie rozpoznania nie jest już jedynym scenariuszem. Coraz częściej podejrzenie raka piersi ustalane jest przez radiologa na

Operacja ta umożliwiła uzyskanie długotrwałych remisji i znacznie zmniejszyła ryzyko wystąpienia wznowy miejscowej. W przypadku wykonywania tego typu leczenia usuwane są również regionalne pachowe węzły chłonne. Efektem niepożądanym tej operacji jest poważne okaleczenie spowodowane utratą piersi. Istotnym powikłaniem jest również możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej. Utrudnia to kobiecie normalne funkcjonowanie społeczne, obniża jej samopoczucie.

Usuwanie zmian

Obecnie możliwe jest chirurgiczne leczenie oszczędzające. U chorych na wczesnego raka piersi zabieg operacyjny może być ograniczony jedynie do usunięcia zmiany pierwotnej w granicach tkanek zdrowych. Usuwane są również pachowe regionalne węzły chłonne. Pozostawiona zostaje wówczas większa część piersi. Integralną częścią takiego postępowania jest przeprowadzenie leczenia pozostawionej części gruczołu piersiowego promieniami. W kontrolowanych badaniach klinicznych z randomizacją wykazano, że takie postępo-

” Rozpoznanie raka we wczesnej, najlepiej bezobjawowej jeszcze fazie, jest istotnym czynnikiem mającym wpływ na wyniki leczenia ”

podstawie badania mammograficznego lub ultrasonograficznego wtedy, kiedy chory (bo na raka piersi chorują także mężczyźni) nie odczuwa jeszcze żadnych dolegliwości. Lekarz klinicysta nie stwierdza odchyień od stanu prawidłowego. Rozpoznanie ustalane jest na podstawie próbki pobranej z okolicy, w której radiolog stwierdził niepokojące objawy. Biopsja jest wykonywana pod kontrolą obrazu, co umożliwia precyzyjne pobranie próbki z właściwego miejsca. Na podstawie badania mikroskopowego stawiane jest nie tylko rozpoznanie raka, ale również oceniany jest cały szereg jego cech mających znaczenie prognostyczne i predykcyjne.

Niepożądane efekty

Chirurgia nadal pozostaje podstawową metodą miejscowego leczenia chorych na raka piersi. W końcu XIX w. do praktyki klinicznej wprowadzono radykalną mastektomię.

wanie umożliwia uzyskanie liczby przeżyć nie różniącej się od tej uzyskiwanej po przeprowadzeniu radykalnej mastektomii.

Węzeł wartowniczy

Warunkiem bezpiecznego przeprowadzenia takiego leczenia jest przestrzeganie ustalonych wskazań. Optymalne przeprowadzenie go możliwe jest jedynie wtedy, gdy zapewnione jest stałe, precyzyjnie ustalone współdziałanie lekarzy różnych specjalizacji. Onkologia jest pracą zespołową. Leczenie oszczędzające na szeroką skalę wprowadzone zostało w początkach lat 80. XX w. W początku lat 90. do praktyki klinicznej wprowadzono zabieg umożliwiający uniknięcie u części chorych usuwania regionalnych pachowych węzłów chłonnych. U chorych na wczesnego raka piersi możliwe jest odnalezienie węzła chłonnego wartowniczego, czyli pierwszego węzła, do którego dokonuje się spływ

chłonki z guza pierwotnego. Po usunięciu jest on poddany badaniu mikroskopowemu. Udowodniono, że stan tego węzła jest reprezentatywny dla pozostałych węzłów chłonnych pachy. W przypadku, gdy nie stwierdza się w nim przerzutu, można odstąpić od usuwania węzłów chłonnych pachy. Ewidentną korzyścią dla chorych jest uniknięcie usuwania niezmiennych przerzutowo węzłów chłonnych z okolicy pachy.

Leczenie oszczędzające

Radioterapia, którą wymieniono powyżej, jest integralną częścią leczenia oszczędzającego i przy zachowaniu obecnie obowiązujących wysokich standardów jest metodą bezpieczną. Współczesne planowanie i prowa-

żliwości diagnostyczne uniemożliwiają rozpoznanie tych mikroognisk. Jednak na podstawie analizy czynników prognostycznych można ocenić prawdopodobieństwo ich występowania. Najważniejsze czynniki prognostyczne oceniane są przez patologa na podstawie badania mikroskopowego usuniętego guza pierwotnego. Zgodnie ze stanem współczesnej wiedzy większość chorych na inwazyjnego raka piersi ma wskazania do systemowego leczenia uzupełniającego. Termin ten dotyczy leczenia systemowego prowadzonego u chorych, u których wykonano radykalne leczenie miejscowe. Celem tego leczenia jest zniszczenie mikroprzerzutów, czyli w konsekwencji niedopuszczenie do rozwoju przerzutów klinicznie się manifestujących.

” W populacjach, w których prowadzone są badania przesiewowe, ryzyko zgonu z powodu raka piersi ulega obniżeniu o około 30 proc. ”

wienie leczenia umożliwia bowiem dokonanie osłony narządów krytycznych, a w szczególności serca. Prowadzone są badania zmierzające do ustalenia wskazań do napromienia części gruczołu piersiowego. Po ograniczeniu zakresu operacji do niezbędnego minimum pojawia się najprawdopodobniej możliwość ograniczenia objętości napromnianych tkanek. Postęp, który dokonał się w leczeniu miejscowym, umożliwił ograniczenie zakresu tego leczenia do niezbędnego minimum i – co za tym idzie – ograniczenie kalectwa.

Progresja ognisk

Główną przyczyną zgonów u chorych po radykalnym leczeniu raka piersi są przerzuty odległe. U dużej części chorych w momencie rozpoznania rak sutka jest chorobą faktycznie uogólnioną. Oznacza to, że w chwili podejmowania leczenia radykalnego istnieją mikroprzerzuty w narządach odległych. Progresja tych mikroognisk do klinicznie manifestujących się przerzutów jest zatem najważniejszą przyczyną niepowodzeń leczenia. Stwierdzenie, że wczesny rak piersi u dużej części chorych jest chorobą uogólnioną, stanowi dużą zdobycz nauki. Udowodnienie tego faktu wpłynęło na codzienną praktykę kliniczną i przyczyniło się do poprawy wyników leczenia chorych na raka piersi. Obecnie dostępne

W początkach lat 70. wykazano skuteczność tego leczenia na modelu zwierzęcym. Milowymi krokami na drodze rozwoju onkologii były przeprowadzone na przełomie lat 70. i 80. randomizowane badania kliniczne, w których wykazano, że stosowanie systemowego leczenia uzupełniającego powoduje wydłużenie życia chorych.

Przełomowe wyniki

Przełomowy charakter mają wyniki badań klinicznych na temat leczenia chemioterapią od razu po leczeniu chirurgicznym. Wielkie, międzynarodowe badania dowodzą, że chore leczone chemioterapią w tym pierwszym etapie mają ogromne szanse na uniknięcie nawrotu choroby.

Problemem pozostaje finansowanie leczenia tych chorych. Aby uniknąć przerażenia jego wysokimi kosztami, obok wydatków trzeba wyraźnie wpisać zyski. To czas życia chorych uzyskany dzięki najpełniejszemu, optymalnemu leczeniu. To czas, kiedy nasze pacjentki wychowują swoje dzieci, opiekują się starymi rodzicami, pracują zawodowo. W kontekście tych zysków drogi lek może oznaczać stosunkowo tanie leczenie. ■

dr hab. Tadeusz Pieńkowski
kierownik Kliniki Nowotworów Piersi
i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii
w Warszawie