

Paulina Cichon, Kamil Drucis,  
Michał Magnus

Klinika Chirurgii Onkologicznej,  
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne  
w Gdańsku

# Rola szybkiej diagnostyki w hamowaniu progresji choroby — rozważania w świetle przypadków klinicznych raka piersi i doświadczeń własnych

## The role of instant diagnosis in the prevention of disease progression — considerations on the basis of clinical cases of breast cancer and own experience

### STRESZCZENIE

Nowotwory, po chorobach serca i naczyń, są drugą co do częstości przyczyną przedwczesnych zgonów w polskiej populacji, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.

W zakresie wczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia od kilku lat obserwuje się znamienne poprawę. Również urazy, zatrucia i choroby infekcyjne, będące niegdyś istotniejszą przyczyną, zaczynają schodzić na dalszy plan. Niekorzystnym zjawiskiem jest obserwowany bardzo dynamiczny wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe. Nie podlega dyskusji, że tylko sprawne przeprowadzenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej: postawienie właściwego rozpoznania we wczesnych stadiach zaawansowania choroby jak i szybkie wdrożenie odpowiedniego postępowania, hamuje progresję i pozwala na skuteczne leczenie chorób nowotworowych.

Prezentujemy dwa przypadki pacjentek z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi, leczonych przez nas już w fazie istotnego zaawansowania choroby. Zaniechanie diagnostyki było istotnym czynnikiem progresji choroby nowotworowej i istotnie ograniczyło efektywność postępowania terapeutycznego.

Forum Medycyny Rodzinnej 2016, tom 10, nr 2, 102–109

słowa kluczowe: rak piersi, umieralność, progresja, szybka diagnoza

### ABSTRACT

Cancer is the second cause of early deaths in Poland, among both men and women. The mortality of cardiovascular diseases, that are the most common, for several years has been significantly decreasing, also injuries, accidents and poisoning, which have as well

#### Adres do korespondencji:

lek. Paulina Cichon  
Klinika Chirurgii Onkologicznej UCK  
tel.: (058) 349-31-92  
e-mail: paucichon@gmail.com

**been an important mortality causes for a while, begun to go into a shade. An unfavourable phenomenon is observed in an essential growth in the number of new cases and deaths caused by neoplastic diseases. There is no doubt that only quick diagnostic and therapeutic path inhibit progression and allows the treatment be highly effective.**

**We present two cases of breast cancer, in both the delay in diagnosis played an important role in progression of the disease and suppressed the effectiveness of the treatment performed.**

Forum Medycyny Rodzinnej 2016, vol 10, no 2, 102–109

**key words: breast cancer, mortality rate, progression, early diagnose**

Nowotwory są drugą co do częstości przyczyną umieralności w polskiej populacji, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Razem z chorobami serca i naczyń odpowiadają za 70% przedwczesnych zgonów. W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia od kilku lat obserwuje się istotną poprawę: diagnostyka kardiologiczna staje się coraz doskonalsza, poszerzany jest dostęp do pracowni kardiologii inwazyjnej — wykonanie koronarografii w warunkach ostrego dyżuru u pacjenta z podejrzeniem zawału serca należy do standardów postępowania. Poza tym, dzięki budowaniu świadomości pacjentów i lekarzy, opieką specjalistyczną obejmowani są chorzy najwyższego ryzyka w prewencji pierwotnej, zanim rozwiną się u nich pierwsze symptomy choroby. Urazy i zatrucia, wypadki komunikacyjne, będące niegdyś istotnym czynnikiem, zaczynają schodzić na dalszy plan. Malejącej tendencji nie obserwuje się w przypadku chorób nowotworowych — z roku na rok notuje się wzrost zarówno liczby stawianych diagnoz, jak i zgonów.

Wczesne rozpoznanie choroby nowotworowej jest kluczową determinantą efektów stosowanych procedur terapeutycznych, których wdrożenie w odpowiednim momencie, wedle obowiązujących zaleceń postępowania, może być skuteczne i prowadzić do całkowitego wyleczenia. Niestety, mimo jasnych zasad, właściwe rozpoznanie stawiane jest niejednokrotnie zdecydowanie zbyt późno, gdy choroba i stopień jej zaawansowania zaczynają wykraczać poza możliwości współczesnej medycyny.

Przedstawiamy historie dwóch pacjentek leczonych przez nasz zespół z powodu najczęstszego wśród kobiet w Polsce nowotworu — raka piersi. W obu przypadkach droga prowadząca od diagnozy do ostatecznego rozpoznania i próby leczenia radykalnego była zdecydowanie zbyt długa, by wdrożone działania mogły zapewnić pewną skuteczność terapii.

#### **PRZYPADK 1**

Kobieta, lat 50, zgłosiła się do onkologa z powodu guza lewej piersi. Jak podawała, do tej pory nie chorowała przewlekłe, nie przyjmowała leków na stałe, w tym antykoncepcji hormonalnej ani hormonalnej terapii zastępczej. Jest czynna zawodowo — pracuje fizycznie w miejscu o niskim narażeniu na niekorzystne czynniki fizyczne i chemiczne. Od 20 lat jest nałogową palaczką tytoniu, inne nałogi neguje. Rodzinny wywiad ukierunkowany na choroby nowotworowe — nieobciążony.

Pierwszy raz pacjentka wyczuła zmianę w lewej piersi 2 lata temu, podczas kąpieli. Zmiana była wtedy wielkości wiśni, doskonale badalna, zlokalizowana na pograniczu kwadrantów bocznych. Towarzyszące dolegliwości, jak wyciek z brodawki sutkowej, bolesność w rzucie guza pacjentka neguje. Nie wykonywała wcześniej mammografii, nie przeprowadzała również comiesięcznych samokontroli piersi. Ginekolog, pod którego opieką pozostaje od 23 lat, od czasu pierwszej ciąży, podczas żadnej z corocznych wizyt kontrolnych nie badał piersi. Nie zrobił tego również podczas ostatniej wizyty, 6 miesięcy

przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego, gdy guz był już znaczących rozmiarów.

Pierwszym lekarzem, do którego zgłosiła się kobieta był lekarz rodzinny w miejscu zamieszkania. Po badaniu palpacyjnym piersi zmiana została oceniona jako torbiel, zalecono kontrolę za pół roku i obserwację. Na kolejną wizytę chora udała się po 2 latach, podczas których guz stopniowo powiększał się — w ciągu ostatniego kwartału bardzo dynamicznie (podwoił swoją objętość). W rzucie guza pojawiły się dolegliwości bólowe promieniujące wzdłuż kończyny górnej lewej oraz niespecyficzne bóle kostne w okolicach prawego biodra i kręgosłupa piersiowego. Wystąpił również epizod jednodniowej gorączki dochodzącej do 38,1°C. Pacjentka skonsultowała się wówczas telefonicznie z ośrodkiem Nocnej Obsługi Chorych (leczenie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe). Ostatecznie pacjentka zdecydowała się udać na konsultację do onkologa. W międzyczasie, oczekując na termin wizyty (2 tyg.) w Wojewódzkim Centrum Onkologii (WCO), pacjentka była hospitalizowana na oddziale ratunkowym miejscowego szpitala, gdzie zdiagnozowano zastrzał lewej dłoni. Przeprowadzono całościowe badanie przedmiotowe, mimo ewidentnych wymogów proceduralnych dla tego schorzenia pominięto badanie węzłów chłonnych lewej pachy. Wdrożono leczenie chirurgicznie i farmakologicznie wedle standardów (drenaż, antybiotykoterapia).

Po upływie wspomnianych 2 tygodni w trakcie wizyty w WCO, ze względu na stan miejscowy, brak jakichkolwiek badań obrazowych i histopatologicznych lekarz zlecił wykonanie USG piersi. Wykonane po 3 tygodniach (w związku z kolejką oczekujących w ośrodku, do którego zgłosiła się kobieta) badanie uwidocznilo okrągłego guza, którego wielkość uniemożliwiła wykonanie w pełni diagnostycznej ultrasonografii (guz był znacznie większy niż sonda). W dole pachowym lewym opisano 3 węzły chłonne, z których największy miał 29 mm. Nie wykonano biopsji aspiracyjnej guza.

Wobec nadal niejasnego charakteru nowotworu i progresji klinicznej, kolejnym krokiem była wizyta u chirurga onkologa. W momencie przyjęcia pacjentka była w stanie ogólnym dobrym, wydolna krążeniowo-oddechowo, bez cech świeżej infekcji. W badaniu lewa pierś była znacznie powiększona, w całości zajęta przez twarde, słabo ruchomy wobec podłoża guz, prawdopodobnie naciekający ścianę klatki piersiowej. Pokrywająca go skóra była miejscami popękana i łuszcząca się, przebarwiona — siniofioletowa, z bogatą siecią naczyń krwionośnych, również zajęta przez proces nowotworowy. W lewej pasze wybadano twarde konglomerat węzłów chłonnych, nieprzesuwalnych wobec klatki piersiowej, podczas badania żywo bolesny. W prawej pasze zaobserwowano podobny, mobilny, najprawdopodobniej pojedynczy powiększony węzeł chłonny o średnicy 4 cm. W dołach nadobojczykowych nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych. Klinicznie zaawansowanie procesu oceniono na T4cN2aMx. Wobec braku możliwości wykonania zabiegu radykalnego w tym stadium zaawansowania, a przede wszystkim braku rozpoznania histopatologicznego, podjęto decyzję o biopsji chirurgicznej guza i węzłów chłonnych dołu pachowego lewego (ryc. 1).

W warunkach bloku operacyjnego pobrano 2 preparaty: fragmenty guza oraz węzła chłonnego pachy lewej. Całość materiału przekazano do pracowni patomorfologii. Zalecono wykonanie badania tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy celem wiarygodnej oceny zaawansowania choroby (*staging*). W TK, po stronie lewej w śródpiersiu przednim uwidoczniiono: patologiczną masę węzłową o wielkości 34 mm, liczne węzły chłonne w lewym dole pachowym (największy mierzył 41 mm w osi długiej), drobne węzły chłonne pod mięśniami piersiowym lewym oraz jeden węzeł chłonny w pasze po prawej stronie (21 mm w osi krótkiej). Masa guzowata w lewej piersi w najszerszym miejscu mierzyła około 12 ×



**Rycina 1.** Fotografia wykonana podczas zabiegu operacyjnego — guz T4b (fot. P. Cichon, mat. własne)

× 8,5 cm, poza tym widoczne były liczne rozsiane zmiany guzowate satelitarne. W miednicy, tuż poniżej podziału naczyń biodrowych, po prawej stronie był obecny patologiczny węzeł chłonny (ok. 25 mm) oraz kolejny na poziomie sromu po prawej stronie (ok. 35 mm). W trzonie TH9 opisano osteosklerotyczną zmianę ogniskową — wysunięto podejrzenie przerzutu do kości i uogólnionego zajęcia węzłów chłonnych. W badaniu histopatologicznym typ nowotworu określono jako: *carcinoma ductale mammae infiltratum cutis III* wg Richardsona-Blooma. Na obrzeżach zmiany odnotowano obecność zatorów z komórek w naczyniach limfatycznych skóry. Receptory estrogenowe — 97%/3+, receptory progesteronowe — 70%/3+, Her2: (2+), Ki67 — odczyn pozytywny w około 55% komórek raka.

Pacjentka, biorąc pod uwagę stopień zaawansowania choroby (IV) oraz brak możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego, została skierowana do Kliniki Onkologii celem wdrożenia paliatywnej chemioterapii (schemat FAC: cyklofosfamid, doksorubicyna, fluorouracyl) oraz objawowego leczenia dolegliwości bólowych po konsultacji specjalistów Poradni Leczenia Bólu. Od pierwszej diagnozy guza piersi do rozpoczęcia postępowania terapeutycznego minęło ponad 2 lata.

## PRZYPADK 2

Kobieta, 68 lat, nielecząca się specjalistycznie, nieprzyjmująca leków na stałe, pocho-

dząca z rodziny nieobciążonej onkologicznie zgłosiła się do lekarza rodzinnego z powodu bólu w okolicy II żebra i drętwienia kończyny górnej lewej. Po powierzchownym badaniu przedmiotowym zlecono leki przeciwbólowe i obserwację. Tydzień później ponownie zgłosiła się do lekarza rodzinnego, tym razem dzień po badaniu piersi, które wykonała podczas kąpieli — wyczuła żywo bolesną zmianę wielkości wiśni w górnym bocznym kwadrancie lewej piersi. Lekarz skierował pacjentkę do najbliższej, rejonowej poradni onkologicznej. Wizyta odbyła się miesiąc później, w tym czasie guz bardzo gwałtownie rósł. Podczas wizyty wykonano USG obu piersi (było to pierwsze badanie obrazowe piersi w życiu pacjentki). W lewej piersi stwierdzono obecność policyklicznego guza, który już wtedy był wielkości 9 × 9 × 4,5 cm, z bogatym unaczynieniem, impresją na mięsień piersiowy większy. Dodatkowo w lewej pasze zdiagnozowano niespecyficzne węzły chłonne o wielkości do 8 mm. Pacjentka została skierowana na biopsję aspiracyjną gruboigłową celem weryfikacji histologicznej guza. Badanie odbyło się 2 miesiące później. W momencie wizyty guz zajmował już całą pierś, był twardy, miejscami pokrywająca go skóra była krwawo podbiegnięta. Od 2 tygodni pacjentka wymagała regularnego zabezpieczenia w leki przeciwbólowe (ketoprofen w maksymalnych dobowych dawkach). W pasze nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych. Podczas biopsji gruboigłowej guz intensywnie krwawił. W pobranym materiale stwierdzono utkanie guza liściastego (*tumor phyllodes*) z widocznymi figurami podziału (> 3 na 10 wpw). W związku z faktem nadesłania jedynie fragmentów zmiany, bez całościowo widocznych jej marginesów, ostateczne określenie jej charakteru nie było możliwe — zalecono konsultację chirurga onkologa. Miesiąc później pacjentkę przyjęto do szpitala celem leczenia chirurgicznego. W momencie przyjęcia była w dość dobrym stanie ogólnym, zgłaszała bardzo silne dolegliwości bólowe w rzucie guza,



**Rycina 2.** Fotografia wykonana podczas zabiegu operacyjnego (guz T3 N0 Mx) (fot. P. Cichon, mat. własne)

od tygodnia regularnie przyjmowała ketonal ( $3 \times 100$  mg *p.o.*) i tramal ( $50$  mg  $\times 4$  *p.o.*) (leki nie zapewniały oczekiwanej kontroli bólu). W badaniu przedmiotowym guz zajmował cały lewy gruczoł piersiowy, sprawiał wrażenie przesuwalnego wobec podłoża. Skóra nad nim była mocno napięta, przebarwiona, miejscami sina. W dole pachowym lewym palpacyjnie nie stwierdzono obecności powiększonych węzłów chłonnych, podczas zabiegu również ich nie zidentyfikowano (ryc. 2).

Ze względu na ruchomość guza w stosunku do ściany klatki piersiowej oraz stopień zaawansowania miejscowego podjęto decyzję o amputacji lewej piersi. Usunięto gruczoł wraz z fragmentem mięśnia piersiowego większego (nacieczonego przez guz). Cała zmiana posiadała bardzo rozwinięte, patologiczne unaczynienie sugerujące charakter złośliwy zmiany. Po zabiegu nie obserwowano powikłań. Przesłany materiał wskazywał na guza liściastego o granicznej złośliwości. Leczenie chirurgiczne było radykalne. Pacjentka pozostaje pod kontrolą WCO. Diagnostyka i postępowanie prowadzące do zabiegu trwały 7 miesięcy.

### OMÓWIENIE

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym wśród kobiet w Polsce. W 2010 roku zanotowano aż 15 784 nowych zachorowań. Płeć i wiek to dwa główne czynniki

ryzyka rozwoju choroby — istotny wzrost zachorowalności notuje się po 35. roku życia, największy w 6. i 7. dekadzie, w nielicznych przypadkach w 2. i 3. Nowotwór piersi u mężczyzn jest zjawiskiem rzadkim i stanowi mały odsetek wszystkich guzów nowotworowych populacji męskiej (w 2010 roku 107 nowych zachorowań, 0,15% ogółu stawianych rozpoznań) [1].

Rak piersi uwarunkowany genetycznie stanowi mniejszość, jednak obciążony wywiad rodzinny powinien sugerować częstsze kontrole już w młodym wieku. Liczne zachorowania w linii prostej, zwłaszcza gdy poza nowotworem piersi diagnozowany jest inny pierwotny nowotwór (macicy, jajników z dodatkami) skłaniają do poszerzenia podstawowej diagnostyki o poszukiwanie nosicielstwa mutacji genów predysponujących (głównie *BRCA 1* i *BRCA 2*) [2]. Uwarunkowane dziedzicznie zespoły związane z mutacją w DNA komórkowym istotnie zwiększają ryzyko transformacji nowotworowej — dotyczy to nie tylko raka piersi, ale również innych, często stawianych diagnoz (zespół rak piersi–rak jajnika, zespół Li-Fraumeni, zespół Lynch II, zespół Peutz-Jaegersa, ataksja–teleangiektazja). U mężczyzn rak piersi diagnozowany jest w stadiach bardziej zaawansowanych, częściej zajmuje regionalne węzły chłonne i w efekcie wiąże się z gorszym rokowaniem niż u kobiet [3]. Większym ryzykiem obciążeni są chorzy z zespołem Klinefeltera (47,XXY) i współistniejącą ginekomiastią prawdziwą. Czynniki hormonalne, endogenne potencjalizujące ryzyko zachorowania na raka piersi to wczesna pierwsza miesiączka i późna menopauza (po 55. rż.), a więc sytuacje związane z dłuższym chronicznym narażeniem na wysokie stężenia estrogenów endogennych (będących czynnikiem troficznym dla guzów wykazujących ekspresję receptorów estrogenowych i progesteronowych). U kobiet otyłych, u których dochodzi do dodatkowej syntezy estrogenów w tkance tłuszczowej, ryzyko istotnie wzrasta. Doustne środki antykoncepcyjne, nierównoważona hormonalna terapia zastępcza w okresie klimakterium

mogą być czynnikiem promującym intensywny wzrost wcześniej istniejących zmian przedrakowych, jak i powstawanie nowych, zwłaszcza gdy terapia trwa długo (> 10 lat) [2]. Wcześniej wykryty nowotwór piersi daje istotnie duże szanse pełnego wyleczenia. W erze rozwoju technik diagnostycznych, ciągle wzrastającej dostępności do aparatury obrazującej (mammografia, USG, MR) oraz możliwości dokładnej weryfikacji histopatologicznej zmian (z oznaczeniem czynników prognostycznych i predykcyjnych), leczenie nowotworów piersi może być na najwyższym poziomie, zwłaszcza że obserwuje się zmienną liczbę nowo diagnozowanych przypadków wśród coraz młodszych kobiet. Rola specjalistów medycyny rodzinnej, z którymi pacjenci spotykają się często, jest niezwykle istotna w budowaniu świadomości onkologicznej i podnoszeniu potrzeb zdrowotnych pacjentek.

Rak piersi stosunkowo długo może pozostać utajony, dlatego żaden z nowo obserwowanych objawów nie powinien być bagatelizowany. Pojedyncze, nieregularne guzy lub ograniczone zgrubienia w obrębie piersi, zmiana kształtu i symetrii gruczołu, ucieplenia i koloru skóry, pojawienie się sieci poszerzonych naczyń żylnych na pofałdowanej skórze, jej nieogojące się owrzodzenie, jak i patologie brodawki: wciągnięcie, zmiana kształtu, wyciek treści mleczno-krwistej, ból samoistny lub pod uciskiem, o zmiennym nasileniu i lokalizacji — to te wszystkie objawy, których lekarz nie powinien pozostawić bez interwencji.

**Regularne, przeprowadzane każdego miesiąca, samobadanie piersi jest najprostszym narzędziem służącym do wykrycia raka — zaleca się je każdej kobiecie, począwszy od okresu pokwitania, raz w miesiącu, w pierwszej fazie cyklu, w przypadku kobiet po menopauzie — tego samego dnia każdego miesiąca.** Badanie jest mniej dokładne niż mammografia rentgenowska — jeśli jednak wykonuje się je regularnie, w krótkich odstępach czasu, pozwala na wykrycie stosunkowo niewielkich, nowych zaburzeń architektury gruczołu [4].

Ultrasonografia piersi to metoda obrazowania, którą, ze względu na budowę gruczołu piersiowego, częściej wykonuje się u kobiet młodych. Jest niekiedy uznawana za pomocniczą w stosunku do mammografii, z dużą dokładnością ocenia i różnicuje typ zmiany strukturalnej widzianej w badaniu mammograficznym. Poza tym umożliwia przedoperacyjną ocenę węzłów chłonnych dołu pachowego, jak i precyzyjne wykonanie biopsji w przypadku zmian małych bądź nietypowo zlokalizowanych w dużej piersi. Jest bezpieczna — zalecana również u kobiet w ciąży. Jako że rak piersi należy do najczęstszych nowotworów w tej grupie pacjentek, nie należy zapomnieć o okresowych badaniach piersi także w trakcie ciąży [5, 6].

Mammografia to metoda diagnostyczna dedykowana osobom starszym. Jest wskazana jako profilaktyka u kobiet w wieku powyżej 35 lat oraz w przypadku jakiegokolwiek zmiany ogniskowej i innych symptomów (ból, wyciek, zmiany kształtu brodawki sutkowej), zauważonych podczas badania lekarskiego, samobadania piersi oraz jako badanie kontrolne u kobiet planujących hormonalną terapię zastępczą. Czułość i swoistość tej metody jest dość wysoka — zależy od klasy sprzętu, techniki wykonania i doświadczenia badacza.

W Polsce w 2006 roku zainicjowano Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, przeznaczony dla pań w wieku 50–69 lat, które w ciągu ostatnich 2 lat nie wykonywały kontrolnej mammografii. Jest to pierwszy krok w diagnostyce — nieprawidłowy wynik jest zawsze weryfikowany, a pacjentka kierowana na postępowanie uzupełniające: USG piersi, biopsję cienkoigłową lub gruboigłową z badaniem histopatologicznym, które umożliwiają ocenę charakteru zmiany oraz — w przypadku zmiany złośliwej — czynników predykcyjnych, pozwalających przewidzieć odpowiedź na zastosowane leczenie celowane: ekspresji receptorów progesteronowych i estrogenowych oraz ekspresji receptora HER2. **Wcześniej wykryty nowotwór piersi w niskim stadium**

**zaawansowania daje istotnie duże szanse na całkowite wyleczenie.**

Zachęcanie do udziału oraz edukacja o celowości Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi powinna być prowadzona już przez lekarzy rodzinnych, z którymi kobiety mają najczęstszy kontakt. Badania przesiewowe dedykowane są grupie chorych najbardziej narażonych na niebezpieczeństwo zachorowania. Należy je traktować jako niezbędne minimum budowania świadomości onkologicznej.

Szybkie postawienie trafnej diagnozy to ważny krok, wybór metody leczenia jest uzależniony zarówno od typu histologicznego, jak i stopnia zaawansowania nowotworu, który istotnie wiąże się z czasem od podejrzenia, poprzez ścieżkę diagnostyczną aż do ostatecznego rozpoznania. Poza tym na wybór metody leczenia wpływają: stan ogólnej sprawności pacjentki, choroby współistniejące — ograniczające możliwości intensywnego postępowania chirurgicznego, stan hormonalny, wiek chorej oraz obciążenia rodzinne i inne [4, 7]. Wszelkie decyzje odnośnie leczenia powinny być podejmowane we współpracy zespołu ekspertów z dziedziny radiologii, chirurgii onkologicznej i onkologii klinicznej.

Nie każda diagnoza raka wiąże się z bezpowrotną utratą piersi. Światowe standardy, przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji, akceptują metody oszczędzającego leczenia raka piersi (BCT, *breast conserving therapy*). Jest to alternatywa dla radykalnej amputacji piersi, pod warunkiem:

- wczesnego wykrycia (T < 3 cm; N0-1; M0);
- w przypadku raka piersi jednoogniskowego, swoją wielkością i lokalizacją stwarzającego możliwość osiągnięcia dobrego efektu estetycznego po radykalnym usunięciu zmiany pierwotnej z zachowaniem bezpiecznych marginesów onkologicznych;



**Rycina 3.** Stan po prawostronnej mastektomii, rekonstrukcji piersi (implant silikonowy), odtworzeniu brodawki sutkowej i pigmentacji otoczki brodawki (fot. P. Cichon, mat. własne)

- możliwości i zgody pacjentki na pooperacyjną radioterapię;
- ścisłej współpracy zespołu leczącego z chorą;
- przestrzegania jednolitych i stale uaktualnianych zasad leczenia;
- poddawaniu się regularnym kontrolom po jego zakończeniu [8].

**Nie należy zapominać, że ciągły rozwój technik chirurgicznych umożliwia całkowite plastyczne odtwarzanie piersi za pomocą implantów silikonowych lub rekonstrukcje gruczołu z tkanek własnych z odtworzeniem brodawek sutkowych i estetyczną pigmentacją otoczek, co stwarza dodatkową szansę kobietom po mastektomii całkowitej [9] (ryc. 3).**

#### **WNIOSKI**

Po analizie opisanych przypadków nie budzi wątpliwości rola profilaktyki raka piersi, jak i szybkiej diagnostyki wszelkich niepokojących objawów. Stopień zaawansowania choroby nowotworowej to jeden z głównych czynników warunkujących sukces terapeutyczny, stąd niezwykle istotne jest budowanie świadomości ryzyka choroby i szybkie wdrażanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Raporty na podstawie Centrum Onkologii: <http://85.128.14.124/krn/>
2. Krzakowski M., Jędrzejczak W., Kowalczyk J.R. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2011 r. Via Medica, Gdańsk 2012; 197.
3. Maliszewski D., Jastrzębski T. Rak piersi u mężczyzny — opis przypadku i przegląd dostępnych metod leczenia. Współczesna Onkologia 2009; 13; 3: 150–153.
4. Kornafel J. (red.). Rak piersi. CMKP, Warszawa 2011.
5. El-Mowafi D.M. Management of breast cancer during pregnancy: [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_En/Pdf/Breast\\_cancer\\_pregnancy.pdf](http://www.gfmer.ch/Presentations_En/Pdf/Breast_cancer_pregnancy.pdf)
6. Schnabel F., Billig J., Cimen A., Chun J. Pregnancy-associated breast cancer and increased risk of pregnancy-associated recurrence. J. Med. Case Reports. 2012; 6: 144.
7. Krzakowski M., Jędrzejczak W., Kowalczyk J.R. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2011 r. Via Medica, Gdańsk 2012; 204–206.
8. Pazdur R., Wagman L.D., Camphausen K.A., Hoskins W.J. Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia. T. 1. Czelej 2012.
9. Krzakowski M., Jędrzejczak W., Kowalczyk J.R. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2011 r. Via Medica, Gdańsk 2012; 220–221.



