

Forum dyskusyjne • Discussion forum**Napromienianie pooperacyjne dołu pachowego u chorych na raka piersi**

Marcin Faflik

Postoperative radiotherapy of the axilla in breast cancer patients

Po kilku stażach w ośrodkach zagranicznych zwróciłem uwagę na zróżnicowanie zaleceń dotyczących wskazań do uzupełniającej radioterapii dołu pachowego u chorych po amputacji lub leczeniu oszczędzającym wraz limfadenektomią pachową z powodu raka piersi. W Polsce przyjęto zasadę zgodną z zaleceniami St. Gallen, że napromienianie jest wskazane u chorych z czterema (lub więcej) zajętymi węzłami chłonnymi, a pole napromieniania obejmuje okolice: ściany klatki piersiowej, nadobojczykową, przymostkową oraz dołu pachowego. Zalecenia te zostały sformułowane na konferencji w 1998 i w kolejnych publikacjach, aż do 2005 r., nie były modyfikowane [1].

Zalecenia publikowane w ostatnich latach proponują radioterapię dołu pachowego alternatywnie z usunięciem węzłów chłonnych. Już w podręczniku Jacka Jassemę *Rak sutka*, dr Kurtz napisał, że „wskazania do napromieniania jamy pachowej po wycięciu węzłów chłonnych tej okolicy są rzadkie, poza wybranymi sytuacjami o wysokim ryzyku wznowy, jak po niedoszczętnej resekcji w przypadku zajęcia mnogich węzłów [2]. Komitet Wykonawczy ds. Zasad Praktyki Klinicznej Leczenia Raka Piersi w Kanadzie uważa, że radioterapia dołu pachowego nie powinna być rutynowo stosowana po usunięciu węzłów chłonnych pachy (co najmniej I i II piętro węzłów chłonnych) [3]. Podobnie, aktualne zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej podają, że radioterapia dołu pachowego nie powinna być rutynowo stosowana u chorych po całkowitym (I i II piętro) usunięciu węzłów chłonnych [4]. Także EUSOMA nie zaleca napromieniania dołu pachowego po usunięciu węzłów chłonnych bez względu na liczbę zajętych węzłów chłonnych, chyba że jest wystarczający powód do podejrzewania pozostawienia nowotworu w dole pachowym [5]. Wynika to z faktu, że wznowy w dole pachowym po limfadenektomii są rzadkie (4% przy 10-letnim okresie obserwacji) [6], a dodanie radioterapii znacznie zwiększa częstość obrzęków kończyny górnej [7]. Nie ma też wystarczających dowodów, aby wskazać, które chore mogą osiągnąć korzyść z napromieniania dołu pachowego. Nawet naciekanie pozatorebkowe nie zwiększa istotnie ryzyka wznowy w dole pachowym [8].

Także Królewskie Brytyjskie Towarzystwo Chirurgów zaleca, aby nie stosować radioterapii dołu pachowe-

go u chorych po usunięciu węzłów chłonnych pachy, w których stwierdzono przerzuty, chyba że wielospecjalistyczny zespół jest zdania, że występuje duże ryzyko wznowy miejscowej, a potencjalna korzyść podwójnej terapii powinna być rozważona po uwzględnieniu ryzyka obrzęku kończyny górnej [9].

W leczeniu onkologicznym stosuje się zasadę równowagi pomiędzy korzyściami oraz objawami ubocznymi, które powoduje to leczenie. W przypadku leczenia chirurgicznego raka piersi efekty uboczne leczenia, takie jak: obrzęk kończyny górnej, zaburzenia funkcji barku, zaburzenia czucia oraz sztywność ściany klatki piersiowej – związane są z usunięciem węzłów chłonnych pachy. Dodanie radioterapii dołu pachowego zwielokrotnia występowanie objawów niepożądanych, a może nie być usprawiedliwione potencjalnymi korzyściami. Można mieć zatem wątpliwości, czy uzasadniona jest standardowa radioterapia dołu pachowego u wszystkich chorych z zajętymi 4 lub więcej węzłami lub guzem T3, i czy nie powinna być stosowana tylko u chorych z dużym ryzykiem pozostawienia komórek nowotworowych w tym obszarze [1-3, 5, 9]. Taka decyzja powinna zostać podjęta po konsultacji w zespole wielodyscyplinarnym, obejmującym chirurga onkologa, onkologa klinicznego, patomorfologa i radioterapeutę.

Chciałbym, aby ten list spowodował dyskusję i ponowną analizę polskich zasad kwalifikowania chorych do uzupełniającej radioterapii po chirurgicznym leczeniu raka piersi.

Liczę na publikację listu w *Nowotworach* i wywołanie owocnej dla pacjentów dyskusji.

Dr n. med. Marcin Faflik
Klinika Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi
Instytut CZMP
ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź
e-mail: mafaf@interia.pl

Piśmiennictwo

1. Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD i wsp. Meeting highlights: International consensus panel on the treatment of primary breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90: 1601-8.
2. Jassem J. (red). *Rak piersi*. Warszawa: Springer PWN 1998.
3. Truong PT, Olivotto IA, Whelan TJ. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 16. Locoregional post-mastectomy radiotherapy. *CMAJ* 2004; 170: 1263-73.
4. Recht A, Edge SB, Solin LJ i wsp. Postmastectomy radiotherapy: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1539-69.
5. Kurtz J. The curative role of radiotherapy in the treatment of operable breast cancer. *Eur J Cancer* 2002; 38: 1961-74.
6. Recht A, Gray R, Davidson NE i wsp. Locoregional failure 10 years after mastectomy and adjuvant chemotherapy with or without tamoxifen without irradiation: experience of the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* 1999; 17: 1689-700.
7. Bijker N, Rutgers EJT, Peterse JL i wsp. Low risk of locoregional recurrence of primary breast carcinoma after treatment with a modification of the Halsted radical mastectomy and selective use of radiotherapy. *Cancer* 1999; 85: 1773-1781.
8. Fisher BJ, Perera FE, Cooke AL i wsp. Extracapsular axillary node extension in patients receiving adjuvant systemic therapy: an indication for radiotherapy? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 38: 551-9.
9. The Association of Breast Surgery @ BASO, Royal College of Surgeons of England. Guidelines for the management of symptomatic breast disease. *Eur J Surg Oncol* 2005; 31: supl 1.