

Głos w dyskusji

Stanisław Korzeniowski

Invited commentary

Problem poruszony w artykule dr. Faflika jest aktualny i bardzo ważny z punktu widzenia klinicznego. Sądzę, że należy go rozpatrywać w szerszym kontekście postępowania z węzłami pachowymi u chorych na raka piersi, bowiem również zakres leczenia chirurgicznego tych węzłów jest zróżnicowany.

Kliniczna ocena węzłów chłonnych pachowych jest obciążona błędem zarówno fałszywie pozytywnym, jak i negatywnym, około 20-30%. Metody obrazowania węzłów pachowych obejmują: mammografię, KT, MRI oraz ultrasonografię. Najczęściej stosowana jest ultrasonografia, która umożliwia biopsję cienkoigłową podejrzanych węzłów, co zwiększa specyficzność badania [1].

Najbardziej wiarygodną metodą oceny węzłów pachowych jest biopsja węzła wartowniczego, jednak nie jest ona szeroko stosowana. Obecnie u chorych na operacyjnego raka piersi wykonywana jest prawie zawsze limfadenektomia pachowa, obejmująca najczęściej węzły I i II piętra pachy. Dotyczy to zarówno chorych leczonych z oszczędzeniem piersi, jak i pacjentek, u których wykonywana jest doszczętna mastektomia.

Wydaje się, że obecnie najważniejszym celem limfadenektomii pachowej jest przede wszystkim dostarczenie informacji prognostycznych, bowiem obecność przerzutów w węzłach pachowych pozostaje najważniejszym czynnikiem rokowniczym pozwalającym podjąć decyzję o leczeniu uzupełniającym. Natomiast terapeutyczna wartość wycięcia węzłów pachowych jest ograniczona i słabiej udokumentowana. W tym względzie najbardziej przekonujące wydają się wyniki randomizowanego badania NSABP B-4. W badaniu tym obejmującym 1665 kobiet z klinicznym stopniem N0 na podstawie doboru losowego przeprowadzono trzy różne interwencje terapeutyczne: radykalną mastektomię, mastektomię totalną (prostą) z obserwacją i odroczonym wycięciem węzłów pachowych w przypadku ujawnienia przerzutów raka, totalną mastektomię i radioterapię regionalnych węzłów chłonnych.

Po 10-letniej obserwacji nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w przeżyciach: bezobjawowych, bez nawrotu odległego i całkowitych (ok. 57%). Odsetki niepowodzeń w obrębie dołu pachowego były nieco wyższe w grupie chorych leczonych operacyjnie radykalną mastektomią (3,1%) w porównaniu z pozostałymi – odpowiednio (1,4% i 1,1%).

W badaniu tym w grupie chorych poddanych radykalnej mastektomii stwierdzono przerzuty do węzłów pachowych u ok. 40% chorych i można przypuszczać, że podobne odsetki pacjentek z zajęтыми węzłami pachowymi występowały w obu pozostałych grupach. Wyniki tego badania sugerują, że wycięcie węzłów pachowych nie ma istotnego wpływu na przebieg choroby u kobiet chorych na operacyjnego raka piersi i mogą wskazywać, że napromienianie jest równie skuteczne jak limfangiektomia u chorych bez klinicznie podejrzanych węzłów chłonnych (N0) [2].

Radioterapia pozostaje istotnym elementem leczenia skojarzonego chorych na raka piersi. Wyniki badań z randomizacją oraz najnowsza metaanaliza jednoznacznie wskazują, że radioterapia nie tylko zapobiega wznovom miejscowym, ale również wpływa na poprawę przeżyć bezobjawowych i całkowitych, zarówno u chorech leczonych z oszczędzeniem piersi, jak i u chorych po mastektomii [3-5].

W przypadku leczenia z oszczędzeniem piersi radioterapia stanowi integralną składową tego postępowania, natomiast u chorych poddanych mastektomii wskazania do pooperacyjnej radioterapii obejmują: chore z przerzutami do węzłów pachowych, chore z wielkością guza pierwotnego >5 cm oraz w przypadku niedoszczędności zabiegu operacyjnego.

Teren napromieniania u chorych na raka piersi obejmuje: pierś i/lub ścianę klatki piersiowej oraz regionalne węzły chłonne: szczytu pachy, podobojczykowe, nadbojczykowe i przymostkowe.

Nie można nie zgodzić się z autorem artykułu, że radioterapia jest związana z ryzykiem wystąpienia późnych odczynów i powikłań popromiennych. Spośród tych powikłań najczęściej obserwowane i najbardziej uciążliwe dla chorych są: ograniczenie ruchomości i obrzęki kończyny. Powikłania takie występują także po samym leczeniu chirurgicznym, jednak radioterapia zwiększa ich częstość i nasilenie. Jednakże ilościowy przyczynek obu metod w występowaniu i nasileniu tych objawów jest trudny do ustalenia.

Z punktu widzenia radioterapii istnieje znacząca wiedza odnośnie wpływu czynników klinicznych i terapeutycznych na ryzyko wystąpienia późnych powikłań popromiennych związanych z napromienianiem dołu pa-

chowego, w szczególności – obrzęku kończyny. Istotne znaczenie ma jakość promieniowania, całkowita dawka, czas leczenia oraz – przede wszystkim – wysokość dawki frakcyjnej.

Podkreśla się znaczenie techniki leczenia, a szczególnie możliwości nierównomiernego rozkładu dawki oraz obszarów podwyższonej dawki, np. w przypadku niewłaściwego sposobu łączenia granic wiązek terapeutycznych obejmujących teren węzłów regionalnych i ściany klatki piersiowej [6].

Osobiście sędzę, że najistotniejsze znaczenie ma definicja obszaru napromienianego, w szczególności napromienianie całego dołu pachowego. W klasycznym podręczniku radioterapii G. Fletchera opisana jest technika takiego leczenia oraz wskazania do jej zastosowania [7]. Wskazania te dotyczą chorych z zaawansowaniem N2, niedoszczędnością makro- lub mikroskopową zabiegu operacyjnego, przejściem nacieku poza torebkę węzła chłonnego, a według niektórych autorów również chorych ze zbyt małą liczbą węzłów chłonnych w preparacie poperacyjnym. Natomiast nie była wskazaniem duża liczba węzłów zajętych przez przerzuty, o ile limfadenektomia pachowa była doszczętna. W technice Fletchera teren napromieniany miał obejmować cały dół pachowy, co oznacza, że dolna granica przedniej wiązki na okolicę nadobojczykowo-pachową znajduje się na poziomie II żebra, oraz, że było stosowane pole pachowe tylne celem podwyższenia dawki na dół pachowy do wysokości 50 Gy. Osobiście byłem zwolennikiem i propagatorem tego rozwiązania [8].

Obecnie po wprowadzeniu nowocześniejszej techniki radioterapii z zastosowaniem trójwymiarowego planu leczenia oraz wiązek fotonowo-elektronowych, a także wobec szerokiej wiedzy na temat późnych odczynów i powikłań popromiennych sędzę, że wskazania do napromieniania całego dołu pachowego są niezwykle rzadkie. Mogą one dotyczyć tylko pacjentek, u których zabieg operacyjny był makroskopowo niedoszczętny, jednakże skuteczność podania wysokiej dawki na okolicę dołu pachowego u takich chorych nie jest udokumentowana.

Podsumowując, postępowanie z węzłami pachowymi wymaga prawdopodobnie modyfikacji. Sędzę, że w przyszłości u chorych w stopniu zaawansowania klinicznego N0 powinno się wprowadzić szerzej do praktyki klinicznej biopsję węzła wartowniczego. Pozwoli to uniknąć limfadenektomii pachowej u chorych z wynikiem ujemnym tej biopsji. Natomiast aktualne wskazania do radioterapii oparte są na wynikach badań z randomizacją i metaanalizą i nie wymagają w mojej opinii modyfikacji, o ile nie ukażą się nowe wyniki badań randomizowanych. Celem uniknięcia powikłań należy stosować odpowiednie techniki leczenia, szczególnie w odniesieniu do wielkości terenu napromienianego wysoką dawką.

Prof. dr hab. med. Stanisław Korzeniowski
Klinika Nowotworów Piersi i Klatki Piersiowej
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie,
Oddział w Katowicach
ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków

Piśmiennictwo

1. Lernevall A. Imaging of axillary. *Lymph Node Acta Oncologica* 2000, 39: 277-81.
2. Fisher B, Redmond C, Fisher E i wsp. Ten-year results of a randomized Clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiotherapy. *N Eng J Med* 1985; 312: 674-81.
3. Overgaard M, Hansen PS, Overgaard J. Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. *N Eng J Med* 1987; 337: 949-55.
4. Rahas J, Jackson SM, Le N i wsp. Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer. *N Eng J Med* 1997; 337: 956-62.
5. EBCTCG Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15 year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005, 366: 2087
6. Bentzen SM, Dische S. Morbidity related to axillary irradiation in the treatment of breast Cancer. *Acta Oncologica* 2000; 39: 337-47.
7. Fletcher G, Montagne ED, de V Tapley N i wsp. Radiotherapy in the management of non-disseminated breast cancer. W: Fletcher G, *Textbook of radiotherapy*. Third Edition. Philadelphia: Lea & Febiger 1977, 525-579.
8. Korzeniowski S. Technika pooperacyjnego napromieniania chorych na raka sutka wiązką promieni Gamma Cobaltu 60. *Nowotwory* 1978: 48: 269-74.