

Głos w dyskusji

Jacek Jassem

Invited commentary

Artykuł dr. Faflika porusza ważne i dotychczas kontrowersyjne zagadnienie, jakim jest celowość pooperacyjnej radioterapii dołu pachowego u chorych na raka piersi. Zgodnie z międzynarodowymi i polskimi zaleceniami, u chorych po amputacji piersi z powodu raka wskazaniem do pooperacyjnego napromieniania jest obecność przerzutów do co najmniej 4 pachowych węzłów chłonnych lub cecha T3 [1-3]. Wskazania te są jednak przedmiotem dyskusji, bowiem istnieją przesłanki do stosowania radioterapii także w grupie chorych z mniejszą liczbą pachowych węzłów chłonnych zawierających przerzuty [4, 5]. Celowość napromieniania chorych z zajęciem przerzutami 1-3 pachowych węzłów chłonnych będzie przedmiotem rozpoczynającego się w najbliższym czasie dużego badania klinicznego III fazy (SUPREMO).

Niezależnie od liczby przerzutów do węzłów chłonnych, zalecany obszar napromieniania po amputacji, oprócz ściany klatki piersiowej, obejmował także tradycyjnie okolicę dołu pachowego i węzłów nadobojczykowych, a u wybranych chorych – dodatkowo węzły zamostkowe. Ten zakres napromieniania stosowany był we wszystkich dużych badaniach klinicznych III fazy, które ugruntowały rolę pooperacyjnej radioterapii w raku piersi [6-8]. Obecnie jednak coraz częściej odstępuje się od rutynowego napromieniania dołu pachowego u chorych z właściwie wykonaną resekcją węzłów tej okolicy; dotyczy to także wspomnianego badania SUPREMO. Ta zmiana znalazła odzwierciedlenie w zaleceniach zarówno EUSOMA, których jestem współautorem [1], jak i ASCO [2]. Wskazują one, że napromienianie chorych po amputacji piersi powinno obejmować ścianę klatki piersiowej i – u chorych z co najmniej 4 pachowymi węzłami zajętej przez przerzuty – okolicę nadobojczykową. U chorych poddawanych leczeniu oszczędzającemu, które w krajach Europy Zachodniej obecnie przeważają, masywne zajęcie przerzutami pachowych węzłów chłonnych zdarza się wyjątkowo, zatem wskazania do napromieniania tej okolicy są jeszcze rzadsze.

Zmiana w podejściu do napromieniania dołu pachowego u chorych na raka piersi nie ma oparcia w wynikach badań z losowym doбором chorych, ponieważ badań takich nigdy nie przeprowadzono. Znajduje ona jednak

mocne uzasadnienie empiryczne, bowiem prawdopodobieństwo nawrotu nowotworu w tej okolicy jest niewielkie [9], natomiast ryzyko obrzęku ręki po skojarzeniu leczenia operacyjnego i radioterapii – względnie wysokie [10]. Uniknięcie powikłań związanych z usuwaniem pachowych węzłów chłonnych było również przesłanką dla wprowadzenia biopsji węzła wartowniczego, która pozwala na zaniechanie limfadenektomii u znacznej części chorych na wczesnego raka piersi. Kolejnym krokiem w tej dziedzinie może się okazać zastąpienie chirurgii radioterapią u chorych bez klinicznych cech przerzutów do pachowych węzłów chłonnych, ale z dodatnim wynikiem biopsji węzła wartowniczego. Zagadnienie to jest przedmiotem toczącego się obecnie dużego badania klinicznego III fazy prowadzonego przez EORTC (AMAROS).

Dr Faflik słusznie zwraca uwagę, że zmiana poglądów dotyczących zakresu pooperacyjnej radioterapii nie znalazła odzwierciedlenia w kolejnych zaleceniach konferencji St. Gallen. To przeoczenie może częściowo wynikać z faktu, że zalecenia te dotyczą przede wszystkim systemowego leczenia uzupełniającego chorych na raka piersi. Rola pooperacyjnej radioterapii omawiana jest tam bardzo skrótowo i ogranicza się do określenia wskazań do jej stosowania, z pominięciem technicznych aspektów. Ponieważ od 2003 roku mam zaszczyt uczestniczyć w tej konferencji jako ekspert, podczas następnego spotkania w 2007 roku zaproponuję uaktualnienie zapisu dotyczącego zakresu pooperacyjnej radioterapii. Celowe jest także rozważenie tej zmiany w kolejnym wydaniu *Zaleceń postępowania diagnostyczno-leczniczego w nowotworach złośliwych u dorosłych*, przygotowywanych przez Polską Unię Onkologii.

Autor listu wysuwa tezę, że w Polsce nadal zasadą jest włączanie dołu pachowego do napromienianego obszaru u chorych na raka piersi kwalifikowanych do pooperacyjnej radioterapii. Najpewniej informacja ta oparta jest na doniesieniach naukowych polskich autorów lub bezpośrednich kontaktach Dr. Faflika z kolegami z innych ośrodków. W prowadzonej przeze mnie klinice standardem jest jednak unikanie napromieniania dołu pachowego, z nielicznymi wyjątkami chorych z wysokim ryzykiem nawrotu w tej okolicy. Sadzę, że w myśl mię-

dzynarodowych zaleceń, zmiana ta dokonuje się stopniowo także w innych polskich ośrodkach.

Prof. dr hab. med. Jacek Jassem
Klinika Onkologii i Radioterapii
AM w Gdańsku

Piśmiennictwo

1. Kurtz J. The curative role of radiotherapy in the treatment of operable breast cancer. *Eur J Cancer* 2002; 38: 1961-74.
2. 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.
3. Krzakowski M, Jassem J, Olszewski W i wsp. Rak piersi. W: Krzakowski M (red.) *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*. Warszawa: Polska Unia Onkologii, 2003.
4. Korzeniowski S. „One to three” or „four or more”? Selecting patients for postmastectomy radiation therapy. *Cancer* 1997; 80:1357-8.
5. Overgaard M, Nielsen HM, Overgaard J. Is the benefit of postmastectomy irradiation limited to patients with 4 or more positive nodes, as recommended in international consensus reports? A subgroup analysis of the DBCG 82 b& c randomized trials. *Radiother Oncol* 2004; 73 supl. 1: S14.
6. Overgaard M, Hansen PS, Overgaard J i wsp. Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. *N Engl J Med* 1997; 337: 949-55.
7. Overgaard M, Jensen M, Overgaard J i wsp. Postoperative radiotherapy in high-risk postmenopausal breast-cancer patients given adjuvant tamoxifen: Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82c randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 1641-48.
8. Ragaz J, Olivetto IA, Spinelli JJ i wsp. Locoregional radiation therapy in patients with high-risk breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: 20-year results of the british columbia randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 116-26.
9. 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: 1689-1700.
10. Harris JR, Morrow M. Local management of invasive breast cancer. W: Harris JR, Lippman ME, Morrow M i wsp. (red.). *Diseases of the breast*. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven; 1996: 487-547.