

J. Gałęcki. Czy radioterapia u chorych na raka piersi po operacji oszczędzającej może być jeszcze krótsza, niż obecnie zalecana?

Nowotwory J Oncol 2014; 64: 353–354

Głos w dyskusji

Janusz Skowronek

Invited commentary

Zagadnienia zależności dawka-czas, całkowitego czasu leczenia, wielkości dawki i zjawiska repopulacji są przedmiotem dyskusji od wielu lat, jednak najczęściej rzadko ma to przełożenie na praktykę kliniczną. Przykładem jest chociażby powszechna akceptacja dwudniowej weekendowej przerwy w napromienianiu chorych, niemająca uzasadnienia w żadnych wynikach badań klinicznych. Interesujące byłoby ustalenie, w jakim zakresie wydłużenie czasu leczenia o 29% (dwa dni z siedmiu) wpływa na obniżenie odsetka wyleczeń (a może nie ma takiej zależności?). To samo dotyczy wielkości dawki frakcyjnej arbitralnie przyjętej przed laty na poziomie od 1,8 do 2 Gy przez wiele ośrodków. Tym bardziej cenne jest wprowadzenie przez zespół warszawski metody SIB do rutynowej praktyki klinicznej. Zwracam jednak uwagę, że cytowane publikacje [1–6], które są jednym z uzasadnień do wprowadzenia SIB, nie zawierają wyników prospektywnych triali — do ich wyników trzeba podchodzić z dystansem. Zachęcam więc autora do rozważenia opracowania i przeprowadzenia badania prospektywnego, w którym jednym z ramion będzie technika SIB, innymi zaś techniki boostu sekwencyjnego (elektrony, brachyterapia śródtkankowa).

Autor wskazuje, że stosowanie boostu sekwencyjnego wydłuża napromienianie o kolejne 1–2 tygodnie. Niekoniecznie — podanie jednorazowej dawki 10 Gy techniką brachyterapii (okołooperacyjnie lub po teleradioterapii) lub IORT (śródoperacyjnie) jest techniką rutynowo stosowaną w wielu ośrodkach i wydłuża leczenie nieznacznie bądź wcale.

Z racji rutynowego stosowania różnych technik brachyterapii raka piersi w Wielkopolskim Centrum Onkologii odniosę się również do następującego fragmentu „Listu”: „Istnieją wprawdzie inne metody podwyższania dawki na obszar łoża po tumorektomii, jak np. śródoperacyjna brachyterapia czy elektronoterapia, ale wymagają one i tak drugiego etapu napromieniania całej piersi, którego rozpoczęcie wielokrotnie, z różnych przyczyn, np. wieloetapowego działania chirurgicznego, może ulec niepotrzebnemu wydłużeniu. Z tego punktu widzenia jednoetapowe napromienianie omawianą techniką SIB wydaje się najbardziej korzystną metodą leczenia.”

Samo skrócenie (o około 1/3) czasu leczenia nie może być jedynym argumentem do rutynowego stosowania SIB. Konieczne jest porównanie odsetka wyleczeń (LC — *Local Control*, OS — *Overall Survival*, OFS — *Overall Free Survival*) i ocena efektu kosmetycznego. Istnieje szereg doniesień sugerujących podobne odsetki wyleczeń i doskonały efekt kosmetyczny po zastosowaniu np. brachyterapii śródtkankowej [7–10], stąd moja sugestia o przeprowadzeniu randomizowanego badania porównawczego.

Warto wspomnieć o alternatywnej technice napromieniania. Część z chorych po leczeniu oszczędzającym może uzyskać wymierną korzyść kliniczną po zastosowaniu tech-

niki przyspieszonego częściowego napromieniania piersi (APBI). W USA odsetek kobiet kwalifikowanych do tej techniki przekracza 10%. Jej niekwestionowaną wartością jest skrócenie czasu leczenia do jednego tygodnia oraz możliwość leczenia ambulatoryjnego. Dla kobiet młodych, czynnych zawodowo, jest to interesująca alternatywa. Zwiększa to również znacznie dostępność do akceleratorów i liczbę leczonych chorych. W ostatnich latach doprecyzowano wskazania (co było konieczne) do stosowania tej metody, a czołowe towarzystwa radioterapeutów (ASTRO, ESTRO, ABS) opublikowały wskazania i przeciwwskazania [7, 11, 12]. Wyniki wielu publikacji potwierdziły wartość tej techniki, jej porównywalne z innymi technikami wyniki leczenia oraz doskonały efekt kosmetyczny [13–15].

Zwracam uwagę, że w Polsce głównym argumentem wykorzystywanym do niestosowania APBI przy użyciu technik brachyterapii jest sposób finansowania przez NFZ, co należy uznać za patologię.

Dr hab. n. med. Janusz Skowronek

Zakład Brachyterapii

Wielkopolskie Centrum Onkologii

ul. Garbary 15, 61–866 Poznań

e-mail: janusz.skowronek@wco.pl

Piśmiennictwo

1. Hurkmans C. Radiation therapy using a simultaneously integrated boost for early-stage breast cancer. *Future Oncol* 2007; 3: 509–513.
2. Van der Laan HP, Dolsma WV, Maduro JH i wsp. Three-dimensional conformal simultaneously integrated boost technique for breast-conserving radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007; 68: 1018–1023.
3. Van der Laan HP, Dolsma WV, Schilstra C i wsp. Limited benefit of inversely optimised intensity modulation in breast conserving radiotherapy with simultaneously integrated boost. *Radiother Oncol* 2010; 94: 307–312.
4. Coles CE, Brunt AM, Wheatley D i wsp. Breast radiotherapy: less is more? *Clinical Oncology* 2013; 25: 127–134.
5. Freedman GM, White JR, Arthur DW i wsp. Accelerated fractionation with a concurrent boost for early stage breast cancer. *Radiother Oncol* 2013; 106: 15–20.
6. Cante D, Rosa La Porta M, Casanova-Borca V i wsp. Accelerated hypofractionated adjuvant whole breast radiotherapy with concomitant photon boost after conserving surgery for early stage breast cancer: a prospective evaluation on 463 patients. *Breast J* 2011; 17: 586–593.
7. Polgár C, Van Limbergen E, Pötter R i wsp. Patient selection for accelerated partial-breast irradiation (APBI) after breast-conserving surgery: recommendations of the Groupe Européen de Curiethérapie-European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (GEC-ESTRO) breast cancer working group based on clinical evidence (2009). *Radiother Oncol* 2010; 94: 264–273.
8. Offersen BV, Overgaard M, Kromann N i wsp. Accelerated partial breast irradiation as part of breast conserving therapy of early breast carcinoma: a systematic review. *Radiother Oncol* 2009; 90: 1–13.
9. Polgar C, Major T, Fodor J i wsp. Accelerated partial-breast irradiation using high-dose-rate interstitial brachytherapy: 12-year update of a prospective clinical study. *Radiother Oncol* 2010, 94: 274–279.
10. Skowronek J, Wawrzyniak-Hojczyk M, Ambrochowicz K. Brachytherapy in accelerated partial breast irradiation (APBI) — review of treatment methods. *J Contemp Brachytherapy* 2012; 4: 152–164.
11. Smith BD, Arthur DW, Buchholz TA i wsp. Accelerated partial breast irradiation consensus statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO). *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2009; 74: 987–1001.
12. Shah CH, Vicini F, Wazer DE i wsp. The American Brachytherapy Society consensus statement for accelerated partial breast irradiation. *Brachytherapy* 2013; 12: 267–277.
13. Njeh CF, Saunders MW, Langton CM. Accelerated Partial Breast Irradiation (APBI): A review of available techniques. *Radiation Oncol* 2010, 5: 90 doi:10.1186/1748-717X-5-90.
14. Strauss JB, Dickler A. Accelerated partial breast irradiation utilizing balloon brachytherapy techniques. *Radiother Oncol* 2009; 91: 157–165.
15. Skowronek J, Ambrochowicz K, Wawrzyniak-Hojczyk M i wsp. Przyspieszone częściowe napromienianie raka piersi (APBI) — aktualne wskazania i metody leczenia. *Nowotwory J Oncol* 2013; 63: 132–143.