

## 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

Sergiusz Nawrocki

#### Invited commentary

W nawiązaniu do listu dr. Jacka Gałęckiego można zająć dwa stanowiska — bardziej „konserwatywne” — ograniczające wskazania do hipofrakcjonowanej radioterapii uzupełniającej do chorych, których stopień zaawansowania choroby jest taki sam jak pacjentek, które stanowiły większość w badaniach brytyjskich i kanadyjskich. Konserwatysta zakwalifikowałby do hipofrakcjonacji (42,5 Gy w 16 frakcjach lub 40 Gy w 15 frakcjach) pacjentki 50-letnie lub starsze z guzem T1–2, N0, G1–2, R0 po operacji oszczędzającej, niekwalifikujące się do chemioterapii. Konserwatysta klasycznie (50 Gy po 2 Gy z boostem 10–16 Gy) napromieniałby pozostałe chore, tj. chore powyżej 50 roku życia, T3+ lub N1+ lub G3 lub otrzymujące chemioterapię lub herceptynę. Takie stanowisko jest oparte na charakterystyce populacji chorych z badań kanadyjskich i brytyjskich i jest obecnie rekomendowane przez ASTRO i np. australijską agencję rządową po wnikliwej metaanalizie cytowanych badań [1]. Konserwatywne stanowisko jest zgodne z zasadami medycyny opartej na dowodach (EBM), ale w praktyce dotyczy zdecydowanej mniejszości leczonych przez nas chorych.

Dr Gałęcki jest bardziej liberalny i na podstawie własnych doświadczeń (publikacja w *Nowotworach* oparta na badaniu populacyjnym) oraz przesłanek praktycznych (kolejki do radioterapii, jakość życia chorych) proponuje

ekstrapolację kryteriów do hipofrakcjonowania na grupę chorych ze wskazaniami do tzw. boostu i zastosowanie techniki IMRT ze zróżnicowaną wysokością dawki (2,25 Gy na całą pierś, 2,7–2,8 Gy na łożę przez 4 tygodnie). W takim sposobie frakcjonowania podajemy na całą pierś 45 Gy, a na łożę 54–56 Gy.

Nie zgadzam się z dr. Gałęckim, który proponuje ten sposób frakcjonowania jako standardowe leczenie, opierając się na pilotażowym badaniu w grupie 100 kobiet. Nie sądzę, aby proponowany przez kolegę schemat leczenia był mniej skuteczny lub wiązał się z gorszym efektem kosmetycznym, ale... kolega proponuje inną dawkę całkowitą, inny sposób frakcjonowania, inny dobór chorych (wskazania do boostu) i inną technologię napromieniania (IMRT-SIB). Zbyt wiele modyfikacji w stosunku do badań kanadyjskich i brytyjskich, aby można było zgodnie z rygorami EBM proponować ten sposób leczenia jako standard. A chyba skórka nie warta wyprawki, aby badać ten schemat w prospektywnym badaniu klinicznym.

Ale ponieważ nie jestem konserwatystą, mam alternatywną propozycję radykalnie liberalną, i co ważne, zgodną z zasadami EBM.

APBI (*Accelerated Partial Breast Irradiation*) jest metodą, która ze względu na odmienny sposób dostarczenia dawki promieniowania (radioterapia śródoperacyjna, brachyterapia) jest zwykle dyskutowana w oderwaniu od „klasycznej

hipofrakcjonacji” (teleterapia) chociaż tak naprawdę jest hipofrakcjonowaniem w czystej postaci. Opublikowane ostatnio wyniki największego badania III fazy (3451 pacjentek) z APBI wskazują, że jednorazowa frakcja radioterapii (20 Gy) stosowana podczas zabiegu chirurgii oszczędzającej w grupie kobiet z podobnymi (sic!) kryteriami włączenia jak w klasycznych badaniach z hipofrakcjonowaną teleterapią umożliwia osiągnięcie akceptowalnego (APBI 2,1 % vs 1,1% teleterapia), bardzo niskiego ryzyka wznowy miejscowej oraz numerycznie niższej (APBI 3,9% vs 5,3% teleterapia,  $p = 0,099$ ) śmiertelności po 5 latach obserwacji [2].

Podsumowując, zgodnie z zasadami EBM i kierując się jednocześnie względami praktycznymi (wygoda chorych, kolejki do teleradioterapii), proponuję — zamiast kompromisowej propozycji dr. Gałęckiego — wprowadzenie do szerszej praktyki klinicznej w Polsce APBI i proponowanie jej jako opcjonalnej techniki napromieniania po operacji oszczędzającej u kobiet z precyzyjnie określonymi kryteriami włączenia opartymi na wynikach opublikowanych dużych badań III fazy (porównaj konsensus ASTRO i rekomendacje GEC-ESTRO) [3]. W ten sposób — zamiast 4 tygo-

dni hipofrakcjonowania (często z niepotrzebnym pobytem w oddziale szpitalnym) — większość chorych będzie miała możliwość opuszczenia szpitala po zabiegu chirurgicznym. Uwolnimy w ten sposób nie tylko moce przerobowe zakładów radioterapii, ale również zmniejszą się kolejki do hospitalizacji. I będziemy mieli komfort, że postępujemy zgodnie z rygorami EBM, a nie według intuicji i własnych doświadczeń o ograniczonej wiarygodności.

**Dr hab. Sergiusz Nawrocki, prof SUM**

*Katedra Onkologii i Radioterapii SUM*

*w Katowicach*

*e-mail: sergiusz@cyberia.pl*

#### **Piśmiennictwo**

1. [www.guidelines.cancer australia.gov.au](http://www.guidelines.cancer australia.gov.au).
2. Vaidya JS, Wenz F, Bulsara M i wsp. Risk-adapted targeted intraoperative radiotherapy versus whole-breast radiotherapy for breast cancer: 5-year results for local control and overall survival from the TARGIT-A randomised trial. *Lancet* 2014; 383: 603–613.
3. 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). *Radiotherapy and Oncology* 2010; 94: 264–273.