



# RAK PIERSI

od diagnozy  
do leczenia

**Poradnik dla pacjentek**  
leczonych z powodu raka piersi

**CZĘŚĆ I**

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet. Częstość zachorowania na niego stale rośnie. Obecnie szacuje się ponad 17 tysięcy nowych zachorowań rocznie i 6 tysięcy zgonów. Niemniej należy zauważyć, że **wyniki leczenia raka piersi na świecie, w tym także w Polsce, poprawiają się**. Jest to najprawdopodobniej wynik zarówno coraz większej liczby przypadków wykrywanych we wczesnym stadium, jak i wprowadzania nowych, skuteczniejszych metod leczenia.

Spośród wielu chorób, rak, w tym rak piersi, wywiera chyba najsilniejszy wpływ na życie i psychikę człowieka. Z całą pewnością wywołuje ogromny i paniczny lęk. Być może dzieje się tak, ponieważ nasza wiedza na jego temat jest dość ograniczona i fragmentaryczna.

**Z tego właśnie względu powstała ta broszura. Ważne jest bowiem, aby mimo wszystko droga przez chorobę była drogą do zdrowienia.**

## ROZPOZNANIE RAKA PIERSI. DLACZEGO JA?

### Czynniki wpływające na rozwój raka piersi

Wymienia się wiele różnych czynników, które mogą mieć wpływ na powstawanie raka piersi. Mogą być to czynniki genetyczne, hormonalne i środowiskowe. Do czynników o udowodnionym wpływie na ryzyko powstania raka piersi zalicza się:

- płeć żeńską;
- wiek – największa liczba zachorowań po 50 roku życia;

- czynniki dziedziczne – występowanie raka piersi w rodzinie, szczególnie u krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra);
- czynniki hormonalne związane z wydzielaniem hormonów przez organizm kobiety – wczesna pierwsza miesiączka (przed 12 rokiem życia) lub późna menopauza (klimakterium > 55 r.ż.), późna pierwsza donoszona ciąża (> 30 r.ż.). Brak lub krótki czas karmienia piersią;
- czynniki hormonalne związane z przyjmowaniem leków hormonalnych – hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi, a ryzyko to jest tym większe, im dłuższy czas stosowania preparatów HTZ; w przypadku antykoncepcji hormonalnej wykazano niewielki wzrost ryzyka jedynie w przypadku długotrwałego stosowania tzw. trójfazowych hormonalnych leków antykoncepcyjnych (trzy grupy tabletek stosowane sekwencyjnie w trakcie miesiąca stosowania antykoncepcji);
- choroby piersi o typie nadmiernego rozplemu komórek, np. z potwierdzoną hiperplazją atypową, mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi;
- rak piersi uwarunkowany genetycznie stanowi do 10% wszystkich jego postaci. Ryzyko dziedziczenia jest związane z mutacją w obrębie genów BRCA1 i BRCA2. Powoduje ona wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika. Powyższe mutacje można wykryć specjalnymi badaniami genetycznymi z krwi. Nie ma jednak wskazań, aby tych mutacji poszukiwać u wszystkich kobiet. Badania coraz częściej przeprowadza się u chorych na raka piersi oraz u zdrowych kobiet z tzw. grup ryzyka, tj. grup specjalnie narażonych. Lekarz z poradni genetycznej, po zebraniu dokładnego wywiadu na temat chorób nowotworowych występujących wśród krewnych oraz chorobach współistniejących, ocenia ryzyko i decyduje o zasadności wykonania takich badań.

Jeśli nosicielstwo mutacji zostanie potwierdzone, to wszyscy krewni I stopnia, czyli dzieci, rodzeństwo i rodzice, powinni zostać także przebadani.

## Uwaga!

Jeśli wykryte zostanie nosicielstwo takiej mutacji u Ciebie, powinnaś zostać objęta opieką poradni genetycznej. Obecnie w Polsce istnieją co najmniej 23 placówki, które zlokalizowane są głównie w dużych miastach, takich jak: Gdańsk, Gliwice, Olsztyn, Poznań, Łódź, Warszawa, Toruń, Szczecin czy Kraków.

Wśród czynników sprzyjających zachorowaniu na raka piersi wymienia się także: otyłość – szczególnie po menopauzie, nadmierne spożywanie alkoholu, dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce oraz brak wysiłku fizycznego.

## Objawy

Podstawowym objawem raka piersi jest guz. Objawami współistniejącymi mogą być:

- wciągnięcie skóry lub brodawki
- zmiana wielkości lub kształtu piersi
- wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty)
- zaczerwienienie i pogrubienie skóry (tzw. objaw „skórki pomarańczy”)
- powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym
- owrzodzenie skóry piersi

Objawy te mogą nie występować u 15% – 25% kobiet. Raki piersi wykrywane w trakcie tzw. badań przesiewowych, podczas profilaktycznej mammografii, często nie dają żadnych objawów.

Stwierdzenie jakiegokolwiek z wymienionych objawów sugerujących raka podczas badania lekarskiego lub samobadania jest wskazaniem do pogłębienia diagnostyki: wykonania USG lub mammografii oraz w przypadku potwierdzenia podejrzenia o złośliwość zmiany – pobrania materiału do badania mikroskopowego.

Nie ma rozpoznania raka bez potwierdzenia obecności komórek rakowych w badaniu mikroskopowym!

Nie każdy guz wyczuwalny w piersi to rak!

Większość zmian wyczuwalnych w piersi okazuje się być zmianami łagodnymi. Są to najczęściej: torbiele, włókniaki, czasami ropnie. Najczęstszą nieprawidłowością w gruczole piersiowym, stwierdzaną u większości kobiet, jest tzw. dysplazja włóknisto – torbielowata, zwana potocznie mastopatią.

## Jakie badania obrazowe należy wykonać w toku diagnostyki?

### Badanie ultrasonograficzne – USG

Badanie to jest podstawowym badaniem diagnostycznym u kobiet poniżej 40 roku życia.

W pozostałych przypadkach jest badaniem uzupełniającym do mammografii. Badanie USG wykonujemy w pozycji leżącej, z rękoma za głową. Badanie to

obejmuje badanie obu piersi, dołów pachowych, a także okolic nadobojczykowych i podobojczykowych. Trzeba pamiętać, że każde badanie USG jest badaniem subiektywnym. Zależy od doświadczenia lekarza badającego, jakości sprzętu i typu budowy piersi. Badanie ultrasonograficzne jest bardzo skuteczną metodą rozróżniania zmian łagodnych: litych (gruczolako – włókniaki) i torbielowatych. Rak piersi w badaniu ultrasonograficznym może mieć różnorodny obraz. Najczęściej jest zmianą hipoechogeniczną (ciemniejszą od otaczających tkanek), o nieregularnym zarysie, kształcie, ze spikularnymi wypustkami.

## **Mammografia**

Jest podstawowym badaniem obrazowym w diagnostyce raka piersi. Badanie mammograficzne jest wykonywane w pozycji stojącej. Kobieta ustawia się przodem do aparatu mammograficznego.

Bada się kolejno obie piersi, każdą w dwóch projekcjach. Można dokładnie ocenić cały gruczoł piersiowy wraz z brodawką, mięsień piersiowy większy i część tkanki podskórowej.

Rak piersi w mammografii ma najczęściej obraz guzka z promienistymi wypustkami. Może też mieć postać tzw. złośliwych mikrozwapnień.

Wśród innych objawów radiologicznych podejrzanych o raka wymienia się:

- ogniskową asymetrię tkanki gruczołowej
- zaburzenie architektury
- poszerzenie przewodu
- pogrubienie lub zaciągnięcie skóry
- wciągnięcie brodawki sutkowej.

Zaleca się, aby pierwszą mammografię profilaktyczną wykonać około 50 roku życia, a kolejne co 2 lata lub co rok. Czułość badania mammograficznego wynosi

od 52% do 94%, a swoistość wynosi od 75% do 98%. Oznacza to, że za pomocą mammografii może się nie udać wykryć wszystkich zmian, a część zmian może okazać się fałszywie dodatnia, tzn. rak nie zostanie potwierdzony pomimo podejrzanego obrazu. Przyczynami tego mogą być: gęsta budowa piersi (piers gruczołowa), która występuje u kobiet młodych przed 40 rokiem życia lub w przypadkach nasilonej dysplazji włóknisto – torbielowej, czy też u niektórych kobiet poddanych już wcześniej hormonoterapii z powodu raka piersi, błędy techniczne podczas badania wynikające z nieprawidłowego ułożenia, złej jakości sprzętu.

Biorąc pod uwagę różnorodne czynniki ograniczające wiarygodność mammografii ważna jest nie tylko ocena tego badania ale także wykonanie uzupełniającej ultrasonografii piersi oraz przeprowadzenie badania lekarskiego.

## **Badania przesiewowe (skringowe)**

Są to badania mammograficzne wykonywane u kobiet, u których nie stwierdza się żadnych podejrzanych objawów, takich jak: wyczuwalny guz, krwisty wyciek z brodawki, pogrubienie skóry. Ocena badania mammograficznego polega na porównywaniu zdjęć aktualnych ze zdjęciami poprzednimi. Badania powinny być wykonywane regularnie co 2 lata, u kobiet w grupach wiekowych objętych skringiem. W przypadku kobiet z obciążającym wywiadem rodzinnym (zachorowanie na raka piersi u matki, siostry lub córki) lub nosicielek mutacji genu BRCA1/BRCA2 lekarz nadzorujący badania przesiewowe może zalecić inną częstotliwość badań.

## **Badanie rezonansu magnetycznego – MRI piersi**

Wykonywane jest w szczególnych sytuacjach, np. u nosicielek genu BRCA1 i BRCA2, u których często mammografia jest metodą o niedostatecznej czułości.

MRI może służyć do oceny odpowiedzi na chemioterapię przedoperacyjną, w poszukiwaniu ogniska pierwotnego przy potwierdzonych przerzutach w węzłach chłonnych w dole pachowym i negatywnym obrazie mammografii oraz USG, w wykrywaniu mnogich ognisk, u kobiet po zabiegach rekonstrukcyjnych, w sytuacjach trudności diagnostycznych i rozbieżności między badaniem klinicznym, a badaniami obrazowymi. Rezonans cechuje wysoka czułość ale niska swoistość, co oznacza, że można za jego pomocą wykryć wiele zmian, które mogą wydawać się podejrzone, ale ostatecznie nie są rakami.

Podstawowe badania kontrolne, badanie przedmiotowe lekarskie, badania USG i mammografię można wykonywać w tzw. Poradniach Chorób Piersi. W przypadkach zmian podejrzanych, trudnych diagnostycznie lub w sytuacji rozpoznania raka, powinnaś zostać skierowana do najbliższego ośrodka onkologicznego.

### **Badanie mikroskopowe**

W celu pobrania materiału do badania mikroskopowego można wykonać:

- biopsję cienkoigłową (PCI)
- biopsję gruboigłową (CB)
- pobranie wycinka – tzw. biopsję wycinkową.

### **Badanie patomorfologiczne/histopatologiczne – mikroskopowe – pobranego materiału jest jedynym pewnym badaniem upoważniającym do rozpoznania raka!**

Rak piersi to nie jest jednolita choroba. Wyróżnia się kilkanaście podtypów raka, które różnią się przebiegiem i rokowaniem. Wśród typów patomorfologicznych, w zależności od struktur gruczołu piersiowego z jakich się wywodzi, najczęściej wyróżnia

się raka bez określenia specjalnego typu (NST – *no special type*, dawniej tzw. rak przewodowy; do 75% wszystkich raków) oraz zrazikowego (do 15%). Pozostałe 10% to tzw. inne, specjalne postacie tego nowotworu. Poza tym patomorfolog określa inne cechy raka piersi takie jak – stopień złośliwości (cecha G), odsetek komórek w trakcie podziału (indeks Ki67), obecność receptorów hormonalnych (estrogenowego i progesteronowego) oraz receptora HER2.

### **Co to jest receptor HER2?**

Jest to szczególny rodzaj receptora, obecny zazwyczaj na zdrowych komórkach piersi. W 20-30% przypadków raka piersi dochodzi do tzw. nadekspresji HER2, czyli występowania ogromnej ilości receptorów HER2 na powierzchni komórki. Taka komórka nowotworowa zaczyna być bardzo agresywna gdyż receptory HER2 bardzo silnie pobudzają ją do podziałów i rozprzestrzeniania się po organizmie, czyli tworzenia przerzutów. Współczesna onkologia dysponuje lekami, które mogą blokować działanie receptorów HER2 i wspomagać leczenie raka piersi. Aktualnie w Polsce refundowane są trzy leki o takim mechanizmie działania: trastuzumab, pertuzumab oraz lapatynib, przy czym w leczeniu wczesnego raka piersi stosuje się tylko trastuzumab. Wprowadzenie ww. leków anti-HER2 znacząco poprawiło wyniki leczenia kobiet na raka piersi z nadekspresją HER2.

Z punktu widzenia praktycznego ważne jest, aby rozróżnić następujące postacie biologiczne raka piersi:

- raka hormonozależnego z obecnością i wysokim poziomem receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PgR)
- raka HER2 dodatniego (z nadmierną ekspresją receptora HER2)
- raka potrójnie ujemnego (bez obecności ER, PgR i nadmiernej ekspresji HER2)

**W każdym przypadku raka piersi lekarz-patolog bada usunięte z piersi komórki nowotworowe i określa obecność wyżej wymienionych receptorów, co pozwala zaplanować odpowiednie leczenie! Zapytaj swojego lekarza o wynik takiego badania!**

### **Pamiętaj!**

Rak piersi ma złożone przyczyny.

Rozpoznanie ustala się w oparciu o badanie lekarskie, badania dodatkowe w tym mammografię oraz po potwierdzeniu rozpoznania w badaniu mikroskopowym.

Rozpoznanie raka inwazyjnego powinno zawierać dane na temat stanu receptorów hormonalnych, HER2 oraz dynamiki podziałów (indeks Ki67).

## **METODY LECZENIA RAKA PIERSI**

Po potwierdzeniu raka ustala się jego zaawansowanie, od którego zależy wybór metody leczenia. Jest to tzw. klasyfikacja TNM (T-tumor, guz; N-nodes, węzły chłonne; M-metastases, przerzuty odległe). W zależności od zaawansowania choroby stosuje się różne leczenie. W przypadku wczesnie wykrytych nowotworów leczenie rozpoczyna się od chirurgicznego usunięcia guza. U chorych w bardziej zaawansowanym stadium nowotworu podaje się pierwotnie najczęściej chemioterapię (czasem z dodatkiem trastuzumabu

lub hormonoterapię), a dopiero po niej przeprowadza się leczenie operacyjne.

W niektórych, bardzo zaawansowanych nowotworach (choroba przerzutowa) leczenie jest ograniczone do leczenia ogólnoustrojowego.

### **Zabieg chirurgiczny**

W tzw. wczesnych postaciach raka piersi (guz do 2-5 cm, bez podejrzanych o przerzuty węzłów chłonnych dołu pachowego po stronie guza, bez cech nacieku, zaczerwienienia, owrzodzenia skóry oraz po wykluczeniu zajęcia innych węzłów chłonnych i/lub narządów wewnętrznych), podstawowym i pierwszym etapem leczenia jest leczenie miejscowe - radykalny zabieg chirurgiczny.

W zależności od sytuacji klinicznej możliwych jest kilka typów zabiegów.

- zabieg oszczędzający - wycięcie guza/wycięcie segmentu, kwadrantu piersi (czyli usunięcie części piersi) wraz z węzłami chłonnymi dołu pachowego lub z procedurą węzła wartowniczego
- mastektomia radykalna - usunięcie całej piersi wraz z węzłami chłonnymi pachy lub z procedurą węzła wartowniczego

Zabieg oszczędzający jest pierwszym etapem tzw. leczenia oszczędzającego. Integralną częścią tego rodzaju leczenia jest napromienianie piersi, czyli radioterapia przeprowadzana, po zakończeniu procedur chirurgicznych. Napromienianiu poddaje się całą pierś, a następnie dodatkowo łożę (okolicę blizny) po guzie. Napromienianie ma zmniejszyć ryzyko wznowy miejscowej. Zabieg oszczędzający polega na usunięciu guza wraz z dostatecznie dużym marginesem zdrowych tkanek (w zależności od wielkości i położenia guza jest to odpowiedni fragment piersi, który może obejmować nawet cały kwadrant) oraz z węzłami chłonnymi dołu

pachowego lub węzłem tzw. wartownikiem, który jest pierwszym węzłem na drodze ewentualnych przerzutów drogą naczyń chłonnych. Warunkiem przeprowadzenia zabiegu oszczędzającego jest możliwość uzyskania radykalności onkologicznej oraz dobrego efektu kosmetycznego. Dlatego mogą istnieć przeciwwskazania do tego zabiegu.

Do przeciwwskazań bezwzględnych zalicza się:

- raka o kilku ogniskach
- wznowę raka po uprzednim leczeniu oszczędzającym
- uprzednio przebyte napromienianie piersi
- brak możliwości uzyskania marginesu zdrowych tkanek wokół guza.

## Uwaga!

Nieuzyskanie marginesu może poprawić efekt kosmetyczny, ale zwiększyć ryzyko powstania wznowy miejscowej.

Do przeciwwskazań zalicza się również :

- ciążę (z racji planowanej radioterapii)
- przewidywany zły efekt kosmetyczny
- choroby układowe (kolagenozy)

Decyzję o przeprowadzeniu zabiegu oszczędzającego powinni podejmować wspólnie: chirurg - onkolog, radioterapeuta i pacjentka. Ważna jest ocena możliwości osiągnięcia radykalizmu onkologicznego, przewidywanie efektu kosmetycznego i współpraca z chorą.

**Zabieg oszczędzający z uzupełniającą radioterapią jest tak samo skuteczny jak mastektomia.**

## Uwaga!

**Zapytaj swojego lekarza o możliwość zaoszczędzenia piersi!**

**Dokładnie dowiedz się jakie są wskazania i/lub przeciwwskazania oraz w przypadku podjęcia decyzji o zabiegu oszczędzającym, jaki jest plan całego leczenia. Upewnij się, że wszystko dobrze zrozumiałaś!**

## Mastektomia

W przypadku, gdy nie ma możliwości wykonania zabiegu oszczędzającego, należy wykonać amputację piersi. Usuwa się wówczas cały gruczoł piersiowy. W przypadku podejrzenia przerzutów do pachowych węzłów chłonnych usuwa się zawartość dołu pachowego (w przeciwnym wypadku wykonuje się zabieg usunięcia węzła wartowniczego). Podczas zabiegu przecina się nerwy skórne, skąd bierze się później niedoczulica skóry pachy i wewnętrznej strony ramienia. Usunięcie kompletu węzłów chłonnych dołu pachowego i przecinanie naczyń chłonnych może dawać w konsekwencji obrzęk kończyny górnej, który niekiedy może być nasilony. W rzadkich przypadkach, kiedy dochodzi do naciekania przez raka mięśni piersiowych, konieczne jest ich usunięcie jednocześnie z gruczołem piersiowym (jest to operacja sposobem Halsteda).

Aby uniknąć powikłań pod postacią obrzęku kończyny i ryzyka zakażeń tkanki podskórnej, można wykonać usunięcie węzłów wartowniczych dołu pachowego stosując procedurę węzła wartowniczego (węzła/węzłów chłonnych zlokalizowanych najbliżej guza).

Procedura ta polega na wstrzyknięciu w okolice guza w piersi specjalnej substancji, którą może być niebieski barwnik lub substancja radioaktywna (radioizotop), na kilka godzin przed operacją. Podanie substancji powtarza się na kilkanaście minut przed zabiegiem. Podczas operacji chirurg odnajduje zabarwiony na niebiesko i/lub wykazujący radioaktywność węzeł lub grupę węzłów chłonnych, a następnie wycina je. Po wycięciu węzeł (lub węzły) wartownicze są badane pod mikroskopem. W przypadku stwierdzenia przerzutu w wartowniczym węźle chłonnym usuwa się wszystkie węzły dołu pachowego. Od około 2 lat w przypadku przerzutów do maksymalnie 2 węzłów chłonnych można zastosować radioterapię obszaru pachy bez potrzeby usuwania pozostałych węzłów z dołu pachowego. Brak przerzutów w węźle wartowniczym pozwala natomiast na zaoszczędzenie węzłów chłonnych pachy i uniknięcie późniejszych powikłań.

**Dlatego tak ważne jest aby w każdym możliwym klinicznie przypadku wykonywać procedurę węzła wartowniczego!**

Istnieją oczywiście medyczne przeciwwskazania do przeprowadzenia procedury węzła wartowniczego. Są to na przykład przypadki zbyt dużego guza oraz wszystkie przypadki zajęcia klinicznego węzłów chłonnych pachy (potwierzonego przed operacją).

W przypadku klinicznego czy ultrasonograficznego podejrzenia zajęcia węzłów lub potwierdzenia obecności przerzutów w pachowych węzłach chłonnych po zbadaniu materiału z biopsji cienkoigłowej, nie wykonuje się procedury węzła wartowniczego. Należy wówczas wykonać limfadenektomię radykalną, czyli – usunąć całą zawartość dołu pachowego.

Nie wszystkie ośrodki wykonują procedurę węzła wartowniczego, chociaż jest ich w Polsce coraz więcej.

**Zapytaj swojego lekarza czy w Twoim przypadku taka procedura miałaby uzasadnienie.**

**Jeśli tak, rozważ leczenie w ośrodku, który Ci ją gwarantuje!**

## OCENA MATERIAŁU POOPERACYJNEGO

### Czynniki rokownicze

Po radykalnym zabiegu chirurgicznym usunięty materiał poddawany jest ocenie mikroskopowej

- patomorfologicznej (histopatologicznej). Patolog ocenia typ raka, wielkość mikroskopową guza, jego otoczenie np. obecność komórek nowotworowych w naczyniach krwionośnych wokół, doszczętność zabiegu.
- wielkość marginesu zdrowych tkanek w przypadku zabiegu oszczędzającego, obecność naciekania sąsiednich struktur np. mięśnia piersiowego, stopień złośliwości nowotworu określający stan zróżnicowania komórek nowotworowych, stan usuniętych węzłów chłonnych – ilość węzłów usuniętych i to, ile z nich zawiera komórki raka.
- ponadto, o ile nie oceniono wcześniej (w ramach biopsji gruboigłowej – co jest zalecanym postępowaniem) oceniany jest stan receptorów hormonalnych estrogenowego i progesteronowego, stopień ekspresji receptora HER2 oraz indeks proliferacyjny Ki67.

W wyniku pooperacyjnym znajdować się powinny informacje czy receptory ER/PgR są „dodatnie”, czy „ujemne” (określone w liczbach lub procentach wybarwienia komórek) oraz stopień ekspresji receptora



HER2 (0, 1+, 2+, 3+). Wynik 3+ oznacza obecność nadekspresji receptora HER2, wyniki 0, 1+ są ujemne i oznaczają brak nadekspresji, 2+ jest wynikiem niepewnym i wymaga wykonania dodatkowego badania ilości kopii genu HER2 w komórce raka piersi. W ostatnim czasie do integralnej części wyniku zaleca się włączenie tzw. indeksu proliferacji, oceniającego dynamikę namnażania się komórek, oznaczonego skrótem Ki67 i wyrażonego w procentach. Guzy dla których Ki67 ma wartość mniejszą niż 20% rozwijają się wolno i zazwyczaj zachowują się mniej agresywnie. Oznaczenie Ki67 jest jednym z elementów ułatwiających podjęcie decyzji o sposobie leczenia. W zależności od tego jaka jest wielkość guza w materiale pooperacyjnym „T”, stopień złośliwości „G”, stan usuniętych węzłów chłonnych „N” oraz stopień ekspresji receptora HER2 i receptorów ER/PgR, ustala się wskazania do leczenia uzupełniającego – pooperacyjnego leczenia systemowego czyli ogólnoustrojowego, jak i miejscowego – radioterapii po mastektomii.

**Poproś swojego lekarza chirurga – onkologa aby omówił z Tobą histopatologiczny wynik pooperacyjny oraz wynikające z niego rokowania!**

**Upewnij się, że wszystko zrozumiałaś.**

## Systemowe leczenie uzupełniające

Jak wcześniej wspomniano, na podstawie badania histopatologicznego (mikroskopowego) usuniętego materiału oraz biorąc pod uwagę wiek chorej, choroby współistniejące i przyjmowane leki dodatkowe z powodu innych chorób, ustala się rodzaj systemowego leczenia uzupełniającego. Leczenie to ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotu raka i pojawienia się przerzutów a w konsekwencji wyleczenie. Leczenie to dobierane jest indywidualnie przez lekarza onkologa. Wśród metod leczenia systemowego jakie mogą zostać zaproponowane wyróżniamy: chemioterapię, hormonoterapię i terapię celowaną anty-HER2.

Oczywiście, dla każdej chorej dobierany jest odpowiedni skład i rodzaj tego leczenia. Części chorych może zostać zaproponowane leczenie wszystkimi trzema wymienionymi metodami, u innych dwiema lub jedną z nich. Zależy to od stwierdzanych na podstawie badania histopatologicznego czynników rokowniczych i biologicznego profilu nowotworu. Mimo „podobnego” wyniku badania histopatologicznego, u dwóch różnych kobiet, zaproponowane leczenie może być całkowicie różne. W przypadku guzów wybitnie hormonowrażliwych (tzw. silnie dodatnie receptory ER i PgR oraz negatywny HER2, niskie Ki67) u kobiety po menopauzie lekarz może np. zaproponować jako jedyne leczenie hormonoterapię, a u kobiety, u której w komórkach raka potwierdzono nadmierną ekspresję receptora HER2 i „ujemne” lub „słabo dodatnie” receptory ER/PgR, najwłaściwszym leczeniem może być chemioterapia oraz leczenie anty-HER2 trastuzumabem, z ewentualną następową hormonoterapią, mimo, że guzy w obu przypadkach miały podobne wymiary i stwierdzono zajęcie takiej samej liczby węzłów chłonnych.

Ilość cykli chemioterapii, jej rytm (częstość podawania) i schemat (cytostatyki wchodzące w skład leczenia) oraz ilość dawek trastuzumabu i czas leczenia hormonalnego, mogą zostać zaplanowane w zależności od czynników rokowniczych u każdej chorej już na początku leczenia. Rolą systemowego leczenia uzupełniającego jest zmniejszenie ryzyka nawrotu, rozsiewu oraz zwiększenie szans na pełne wyleczenie.

**Zapytaj onkologa o to, z czego wynikają wskazania i ewentualne przeciwwskazania do zaproponowanego Ci leczenia systemowego!**

**Zadawaj pytania dotyczące potencjalnych objawów ubocznych i upewnij się, że wszystko zrozumiałaś!**

Dokładniejsze informacje na temat rodzajów leczenia systemowego, ich objawów niepożądanych oraz

radzenia sobie z nimi przedstawione zostały w drugiej części opracowania.

## Radioterapia uzupełniająca

Rolą radioterapii uzupełniającej jest zmniejszenie ryzyka nawrotu miejscowego. W niektórych sytuacjach lekarz może zatem zlecić uzupełniające napromienianie blizny po mastektomii i miejsc po usuniętych węzłach chłonnych. Dzieje się tak przykładowo w sytuacji, gdy guz w materiale pooperacyjnym jest duży lub też występuje duża liczba zajętych przez komórki nowotworowe węzłów chłonnych dołu pachowego. Napromienianiem zajmuje się lekarz radioterapeuta we współpracy ze specjalnie wyszkolonymi fizykami medycznymi oraz technikami radioterapii.

## Wstępne leczenie przedoperacyjne

Jest to leczenie ogólnoustrojowe, które może być zastosowane w przypadku guzów potencjalnie operacyjnych, np. w przypadku planowanego zabiegu oszczędzającego, kiedy wielkość guza lub stan węzłów uniemożliwiają przeprowadzenie takiego zabiegu z dobrym efektem kosmetycznym. O tym, czy zabieg ten będzie możliwy do przeprowadzenia (zarówno pod względem kosmetycznym, jak i przede wszystkim potencjalnej radykalności onkologicznej), musi zdecydować chirurg – onkolog, a w przypadku leczenia przedoperacyjnego z zamiarem oszczędzenia gruczołu, konieczne jest oznakowanie zmiany przed leczeniem systemowym. Tatuaż lub tzw. kotwica wyznacza zakres zabiegu.

Zwykle leczenie przedoperacyjne dotyczy sytuacji miejscowo zaawansowanych przypadków raka piersi, kiedy guz jest większy niż 2-5 cm, współistnieje naciek lub stan zapalny skóry, owrzodzenie, obecność licznych, często nieruchomych, węzłów chłonnych dołu pachowego zawierających przerzutowe komórki

nowotworowe. Mogą też być zajęte węzły chłonne okolicy nadobojczykowej po stronie guza. Pierwotny zabieg operacyjny w takiej sytuacji jest często nie tylko trudny technicznie, czy wręcz niemożliwy w zakresie zdrowych tkanek, ale i niewskazany z punktu widzenia onkologicznego – duże guzy miejscowo zaawansowane mają tendencję do tworzenia mikroprzerzutów oraz szybkiego nawrotu i rozsiewu, mimo przeprowadzonego radykalnie zabiegu. Dlatego trzeba najpierw zastosować leczenie systemowe, które może w znacznym stopniu uszkodzić komórki nowotworowe. Im większy stopień uszkodzenia guza (optymalnie całkowite jego zniknięcie) stwierdzany w materiale pooperacyjnym, tym większa szansa na wyleczenie.

Z tego powodu najczęściej w leczeniu przedoperacyjnym stosuje się chemioterapię jako leczenie cytotoksyczne, chociaż w rzadkich, uzasadnionych przypadkach u chorych po menopauzie, może to być również hormonoterapia. W przypadku HER2-dodatniego raka piersi w leczeniu przedoperacyjnym stosuje się chemioterapię w skojarzeniu z trastuzumabem.

Decyzję co do leczenia systemowego pooperacyjnego podejmuje się na takiej samej zasadzie jak w przypadku leczenia uzupełniającego dla raków pierwotnie operacyjnych.

## Operacje rekonstrukcyjne

**W większości przypadków po zabiegu mastektomii można przeprowadzić operację odtwórczą piersi.** Możliwe są różne metody, np. : wszczepienie endoprotezy – ekspandera, czy odtworzenie piersi z tkanek własnych pacjentki, np. mięśni brzucha czy grzbietu.

O tym czy i kiedy możliwy jest zabieg rekonstrukcyjny oraz jaki rodzaj zabiegu jest wskazany w Twoim

przypadku decyduje chirurg, który ma kwalifikacje do wykonywania tego typu zabiegów.

**Dowiedz się czy w Twoim ośrodku jest możliwa operacja odtwórcza piersi, poproś w razie potrzeby o wskazanie ośrodków, które się tym zajmują.**

## Wstępne leczenie przedoperacyjne

Po radykalnym leczeniu raka piersi monitorowanie polega na wykonywaniu badania lekarskiego w regularnych odstępach czasu, zwykle co 3 - 6 miesięcy przez pierwsze 2 lata, co 6 miesięcy do 5 lat po leczeniu, następnie raz w roku. Poza badaniem lekarskim uzasadnione i wskazane jest jedynie wykonywanie badania mammograficznego zdrowej piersi raz w roku (w celu ewentualnego wykrycia raka drugiej piersi w stadium wczesnym) oraz mammografii piersi po chirurgicznym leczeniu oszczędzającym (w celu wykrycia ewentualnej wznowy). **Inne niż mammografia badania obrazowe czy laboratoryjne w ramach kontroli po leczeniu radykalnym raka piersi są nieuzasadnione.** Niestety, wykonywanie badań obrazowych, takich jak badanie radiologiczne klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, badanie scyntygraficzne kości, tomografia komputerowa, PET, nie daje gwarancji ustrzeżenia się przed nawrotem i nie poprawia rokowania. Wykonywanie ich w ramach rutynowej kontroli jest zatem nieuzasadnione. Badania te mają uzasadnienie w określonych sytuacjach klinicznych i objawach, które ocenia lekarz. Monitorowanie dotyczy także obserwowania ewentualnych utrzymujących się po leczeniu lub tzw. późnych objawów niepożądanych leczenia. U chorych, które przyjmują hormonoterapię uzupełniającą tamoksyfenem wskazane jest wykonywanie raz w roku badania ginekologicznego z USG dopochwowym oceniającym grubość błony śluzowej macicy (endometrium), a u kobiet otrzymujących leki

z grupy inhibitorów aromatazy – raz w roku badanie gęstości kości (densytometria).

## Choroba przerzutowa – uogólniona

Mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia pierwotnego, w ponad połowie przypadków raka piersi dochodzi do nawrotu. Niewielka część raków piersi już w momencie diagnozowania jest rozpoznawana w stadium rozsiewu. Do największej liczby nawrotów dochodzi w ciągu pierwszych 2 - 3 lat po leczeniu, a następnie po 5 roku od rozpoznania (leczenia).

Ryzyko nawrotu z każdym kolejnym rokiem znacznie maleje.

## Co robić jeśli jednak dojdzie do nawrotu?

Gdy choroba nowotworowa powraca możemy odczuwać bardzo wiele negatywnych emocji. Pozwólmy sobie wtedy na złość, smutek i rozczarowanie. Nie zamykajmy się w sobie i dzielimy się swoimi odczuciami z bliskimi. W momencie podejrzenia nawrotu choroby onkolog planuje badania określające jej zasięg. Może to być mammografia i USG, jeśli nawrót jest miejscowy (ograniczony do piersi czy blizny), ale także: konwencjonalne zdjęcie klatki piersiowej, USG jamy brzusznej czy scyntygrafia kości. Celem wykonywanych badań jest ustalenie rzeczywistego zaawansowania choroby. Jeśli nie doszło do rozsiewu odległego i nawrót jest ograniczony, może zostać zaproponowane usunięcie zmiany, a dopiero potem leczenie ogólnoustrojowe.

Z uwagi, iż stan receptorów w przerzucie może różnić się od stanu receptorów guza pierwotnego, w usuniętej w całości lub fragmencie wznowie nowotworowej (np. jednym z guzków skórnych czy węzłów) oznacza się ponownie receptory ER, PgR i HER2. Na podstawie tych oznaczeń ustala się rodzaj leczenia systemowego.

## ASPEKT PSYCHOLOGICZNY DIAGNOZY - DLACZEGO JA?

Dla każdej kobiety wiadomość o chorobie nowotworowej piersi zawsze jest szokiem. Chwila przyjęcia informacji o chorobie związana jest z silnymi, na ogół przykrymi emocjami: lękiem, strachem, paniką, złością, gniewem. To normalne i uzasadnione. Jednak bardzo trudne do udźwignięcia i kosztowne energetycznie. Korzystnie jest, gdy kobieta poinformowana przez swego lekarza (chirurga/onkologa) o możliwościach wspomagania leczenia onkologicznego (operacyjnego/onkologicznego), trafia pod opiekę psychoonkologa już w okresie diagnostycznym.

**Pomoc psychoonkologiczna** traktowana jest jako dopełnienie leczenia chirurgicznego, a także uzupełnienie chemio- i radioterapii, czy hormonoterapii. Mamy wówczas do czynienia z leczeniem całościowym – leczeniem ciała i duszy. Szanse ciała na wyzdrowienie rosną, kiedy pozwolimy mu zrzucić ciężar nagromadzonych, niewypowiedzianych przykrych emocji i uczuć, takich jak lęk przed śmiercią, utratą piersi, rozpadem związku, brakiem akceptacji siebie jako pełnowartościowej kobiety i matki. W obecności psychoonkologa, w atmosferze wolnej od ocen i pełnej autentyczności, kobieta może oswoić i zrozumieć swe emocje. Wiele osób stroni od zaglądania w siebie, wstydzi się nadmiernego „użalania” nad sobą, bądź niekontrolowanego „rozklejenia”. Niepotrzebnie.

Nie warto tracić energii na powstrzymywanie własnej, naturalnej emocjonalności. Ta energia potrzebna jest na powrót do zdrowia.

Emocje nie biorą się znikąd – mają swe źródło w **myślach i przekonaniach**. W procesie leczenia, a także powrotu do zdrowia, odgrywają one niezwykle ważną rolę. Istotne jest by ich wartość była pozytywna. **Negatywna myśl** „nie dam rady przez to wszystko przejść, to mnie przerasta” powoduje bezradność, czasem wycofanie i rezygnację z siebie i życia.

Zamiana negatywnej myśli w pozytywny komunikat „mogę przejść przez proces leczenia; są osoby, od których mogę przyjąć wsparcie w tych ciężkich dla mnie chwilach” jest pozytywną informacją dla organizmu.

**Organizm pod wpływem zdrowej myśli mobilizuje siły do działania i pozwala przybrać optymalną postawę wobec zdrowienia.**

Konieczność chirurgicznego leczenia raka piersi, bez względu na to czy jest to zabieg oszczędzający czy radykalny, budzi u kobiet wiele obaw. Pod znakiem zapytania stawiają obraz własnej kobiecości, trwałość związku partnerskiego, obszar intymnych relacji, życie rodzinne.

**Obraz siebie**, w tym tożsamość płciową, tworzymy za sprawą własnych myśli. Jesteśmy składową sędzią na temat wyglądu, sprawności intelektualnej i fizycznej, możliwości pełnienia różnych życiowych ról. Ale kim jesteśmy w obliczu choroby i jej następstw, takich jak utrata piersi? To bardzo złożona i delikatna kwestia. Kobieta doświadcza w takiej chwili bólu emocjonalnego porównywalnego do tego, gdy traci się kogoś bliskiego. Dlatego czas pooperacyjny bywa nazywany okresem straty i przyrównywany do **żałoby**. To czas nie tylko zmian zewnętrznych w wyglądzie, ale także wewnętrznych. Przeważnie kobieta zaczyna akceptować dłuższe lub chwilowe ograniczenia, poszerza świadomość, że kobiece „ja”

to nie tylko działania, wygląd, pełnione funkcje, ale to również ciepło, uśmiech, serdeczność, okazywanie wdzięczności i miłości.

Jeśli chodzi o **trwałość związku** należy zaznaczyć, że rak piersi i następstwo jego leczenia, jakim jest utrata piersi, nie mają bezpośredniego wpływu na jego stabilność! Zdarza się, że po chorobie następuje rozpad partnerstwa. Jednak warto zdać sobie sprawę z tego, że proces rozpadu musiał zacząć się wcześniej. Choroba była jedynie wyzwalaczem, wystrzyła sytuacje, które już istniały. W wielu przypadkach natomiast wspólnie przeżywanie trudnych chwil, zwłaszcza w obliczu ryzyka utraty kochanej kobiety – związek ten pogłębia i wzmacnia. Wiele kobiet po leczeniu raka piersi obawia się swobodnego powrotu do **sfery intymnej**.

Wszystko oczywiście zależy od „poziomu intymności” jaki łączył parę przed zachorowaniem. W stabilnych, bliskich związkach powroty są zwykle łatwe, choć niekoniecznie natychmiastowe. Kobieta potrzebuje **czasu** na zaakceptowanie siebie w nowej sytuacji. Zarówno ona jak i partner mają swe lęki i niepokoje. Ona boi się, że nie spodoba się jemu, on że niechcący może ją czymś zranić. Oboje potrzebują czasu by poszerzać wiedzę o **wzajemnych potrzebach**, pogłębiać **komunikację** i widzieć siebie w nowym świetle. Powrót do intymności, jak widać, jest kwestią czasu, przyzwolenia na bycie kobietą w ogóle i pozwolenia sobie na czerpanie przyjemności z bycia z drugim człowiekiem.

Pełne **życie w rodzinie** również wymaga zrzucenia maski i nieudawania, że wszystko jest w należytym porządku, że nic się nie stało i kobieta ze wszystkim sobie radzi. Nie ma takiego obowiązku! Warto szczerze mówić o swych uczuciach bez nadmiernych obaw o obciążenie partnera czy dzieci. Ludzie, którzy są ze sobą, kochają się, pragną szczerości i źle znoszą

skrywanie prawdy. Zmowa milczenia nie przynosi nic dobrego. Rodzi niepokój, niedowierzanie, pogłębia cierpienie. Będąc razem zbliżamy się do siebie, jest to możliwe w każdej życiowej sytuacji, nie tylko tej przysłowiowo ustanej różami.

## Wsparcie psychoonkologa

Podczas procesów diagnozy i leczenia raka piersi większość kobiet doznaje silnego stresu, co wywołuje znaczny dyskomfort psychiczny oraz utrudnia codzienne życie kobiet i ich rodzin. Kobieta leczona z powodu raka piersi może skorzystać z fachowej pomocy psychologicznej jeszcze podczas pobytu w szpitalu. Po zakończeniu leczenia szpitalnego może skorzystać także z pomocy psychologicznej.

Jeśli wsparcie rodziny i przyjaciół jest niewystarczające, nie ma sensu odkładanie w czasie skorzystania z fachowej pomocy. Pomoc psychologa może mieć różny zakres i czas trwania. Często w wystarczającym stopniu pomocna jest jednorazowa rozmowa wspierająca. A bywa też tak, że potrzebny jest cykl spotkań lub niezbędna jest krócej lub dłużej trwająca psychoterapia. Wsparcie psychiczne można uzyskać również w Stowarzyszeniu Amazonek. Jest to zarówno wsparcie od innych kobiet po leczeniu raka piersi, które potrafiły poradzić sobie z trudnościami, jak i od współpracującego z klubem psychologa.

Jeśli nie wiesz gdzie możesz znaleźć wsparcie psychoonkologa, poproś swojego lekarza lub pielęgniarkę, z pewnością wskażą Ci specjalistyczne placówki, instytucje w których uzyskasz pomoc. Informacji na temat psychoonkologów możesz także szukać na różnego rodzaju forach internetowych, gdzie internauci dzielą się swoimi poglądami i opiniami na ich temat. Oczywiście należy pamiętać, że wszystkie opinie mają charakter subiektywny! A co więcej,

nie zawsze odnoszą się bezpośrednio do kompetencji osoby udzielającej pomocy. Czasem inne czynniki mogą wpływać na taką opinię. Z drugiej jednak strony, im więcej pozytywnych opinii na temat danego specjalisty, tym bardziej możemy przynajmniej zaryzykować próbę kontaktu.

Wsparcie ze strony psychoonkologa możesz uzyskać korzystając z pomocy specjalistów dyżurujących na infolinii onkologicznej:



**800 08 01 64**

Pod wskazanym numerem udzielane są porady i wsparcie w sferze pomocy psychologicznej, dotyczące radzenia sobie z przeżywaniem ujawnienia choroby, zmagania się z chorobą, terapią i jej konsekwencjami czy prognozami.

Udostępniane są także informacje o świadczeniach medyczo – onkologicznych i profilaktycznych, a także dostępu do nich.

Obecnie istnieje wiele instytucji, które zajmują się udzielaniem pomocy i wsparcia osobom chorym na nowotwory. Wśród nich wyróżniamy:

- **Stowarzyszenie Amazonki**  
[www.amazonki.org.pl](http://www.amazonki.org.pl)
- **Stowarzyszenie Wspierania Onkologii Unicorn**  
[www.unicorn.org.pl](http://www.unicorn.org.pl)
- **Fundację Psychoonkologii – Ogród Nadziei**  
[www.ogrodnadziei.org.pl](http://www.ogrodnadziei.org.pl)
- **Akademia Walki z Rakiem**  
[www.akademia.swiatlo.org](http://www.akademia.swiatlo.org)

Wszystkie te instytucje mobilizują chorych do leczenia i przekonują ich o sensie podjęcia terapii, obalając schematyczne myślenie na temat choroby i leczenia. Stanowią one swoistego rodzaju pogotowie psychoonkologiczne, udzielające wsparcia zarówno dla osób borykających się z nowotworem, jak i dla osób je wspierających.





# KONSULTACJA MERYTORYCZNA

**prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki**

Katedra i Klinika Onkologii,  
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum  
w Krakowie

**mgr Katarzyna Borowicz**

psycholog,  
specjalizacja: psychoonkologia