

Poročilo 1. srečanja avstrijskega in slovenskega senološkega društva

Nina Čas Sikošek

Od 13. do 15. septembra 2007 sta senološki društvi Avstrije in Slovenije organizirali prvo strokovno srečanje v Gradcu. Srečanja se je udeležilo okoli 150 specialistov različnih strok, ki sodelujejo v odkrivanju in zdravljenju bolezni dojk. Prispevki so bili razdeljeni v tematske sekcije, ki so potekale v treh predavalnicah hkrati. V epidemiološki sekciji so bili podani statistični podatki obolevnosti in smrtnosti/umrljivosti iz obeh držav (slika 1).



Slika 1. M. Primic Žakelj nam je predstavila nekaj epidemioloških podatkov o raku dojk v Sloveniji

Zanimivo je, da imajo naši sosede nekoliko manjšo incidenco (leta 2002 je bila 84/100.000), pohvalili pa so se tudi z začetkom presajalnih mamografij. Presejanje se je začelo v petih regijah, do leta 2009 pa želijo zajeti vso Avstrijo. Kolegi z Onkološkega inštituta so opozorili, da je v Sloveniji še vedno majhen odstotek karcinoma *in situ*. Vsekakor se da še dosti narediti s primarno preventivo in organiziranim presejanjem. Predstavljen je bil program mamografskega presejanja v Sloveniji, imenovan DORA. Poskusno naj bi se izvajanje mamografij začelo v Ljubljani decembra letos. C. Jemelin iz Švice je predstavil njihov program presejanja, ki

poteka že šest let, odzivnost pa je 63-odstotna. M. Krajc je predstavila slovenske izkušnje s testiranjem na mutacijo gena BRCA 1/2 (slika 2). Na podlagi do sedaj pregledanih bolnic in svojcev so odkrili štiri značilne mutacije, kar je poenostavilo in pocenilo test za mutacijo gena BRCA. Zelo zanimivi predavanji sta imeli radiologinji M. Mušič in K. Hertl z OI. V mamografski sekciji sta predstavili izkušnje s stereotaktično vakuumsko biopsijo dojk. Nadaljnje zdravlje-



Slika 2. M. Krajc je predstavila svoje delo na področju mutacij BRCA 1/2

nje je bilo potrebno v 35 %, zapletov pa praktično niso imeli. Z UZ-sledenjem bolnic po posegu so opazovali, ali se pojavi hematoma, in iskali možnosti, kako to uporabiti kot vodilo za lokalizacijo, če bi bila morda potrebna dodatna kirurška obravnava.

Predstavljen je bila tudi predoperativna diagnostika bolnic z rakom dojk. Na OI v Ljubljani so z uporabo UZ in tankoi- gelne biopsije v 50 % ugotovili zasevke v bezgavke že pred operacijo, s čimer so bolnicam prihranili dodaten operativni postopek – biopsijo varovalne bezgavke. O. Graf iz Steyra v Avstriji je govoril o svojih izkušnjah pri presejanju žensk, mlajših od 50 let. Odkril je 35 primerov asimptomatskega raka dojk, samo tri bolnice so imele pozitivne bezgavke. Na podlagi svojih izkušenj je predlagal, da bi v presejanje vključili tudi mlajše ženske. Poročali so tudi o predoperativni rabi

magnetne resonance, ki je zaradi multifokalnosti obolenja v 15 % spremenila odločitve o načinu kirurškega zdravljenja. V sklopu neinvazivnih lezij je A. Galid z Dunaja povedal, da se pri obravnavi DCIS držimo enakih meril za ohranitveno kirurgijo kot pri invazivnem karcinomu. Če je indicirana mastektomija, se priporoča biopsija varovalne bezgavke. S. Lax iz Gradca je predstavil svoje rezultate pri intraoperativnem pregledu robov preparata z metodo zmrzlega reza. Pri analizi je odkril 10 % lažno negativnih primerov, predvsem na račun invazivnega lobularnega karcinoma v robu, prisotnost DCIS in stanja po preoperativni kemoterapiji. Kolega iz Feldkircha je govoril o svojih izkušnjah z intraoperativno sonografijo v kirurgiji netipnih lezij, ki ji daje prednost pred metodo lokalizacije z žičko.

Posebna tema je bila tudi biopsija varovalne bezgavke. I. Langer iz Švice je predstavil rezultate analize bolnic z negativnimi bezgavkami, ki so bile zdravljene po metodi varovalne bezgavke, in tistih, ki so bile zdravljene s klasično odstranitvijo pazdušnih bezgavk. Bolnice, zdravljene z biopsijo varovalne bezgavke, so imele po pričakovanju manj težav, imele so tudi boljše preživetje. Poudaril je, da gre najverjetneje za izboljšanje histopatološke določitve stadija. P. Schrenk iz Linza je pokazal rezultate analize varovalne bezgavke pred predoperativno kemoterapijo in po njej. Znano je, da je po kemoterapiji manjša stopnja identifikacije in povečan odstotek lažno negativnih bezgavk. Sami so varovalno bezgavko opravili pred kemoterapijo in po njej ter ugotovili, da takrat, ko je šlo za negativno bezgavko ali za bezgavko z mikrozasevki pred



Slika 3. In še nekaj o radioterapiji

kemoterapijo, odstranitev bezgavk po kemoterapiji ni odkrila dodatnih pozitivnih bezgavk, torej bi jo pri teh bolnicah lahko izpustili.

V. Schwendinger je postavil pod vprašaj imunohistokemični pregled varovalne bezgavke. Retrospektivno so pregledali 4000 primerov karcinoma dojk, pri katerih je bila opravljena biopsija varovalne bezgavke. Le v 3 % je bila bezgavka pozitivna samo imunohistokemično, vendar to ni bistveno vplivalo na dolžino časa brez bolezni in na preživetje.

Plastični kirurgiji so bile namenjene kar tri sekcije. Prikazane so bile različne možnosti rekonstrukcije s kožnimi režnji, ekspanderji, protezami in njihovimi kombinacijami, kdaj se odločiti za takojšnjo in kdaj za odloženo rekonstrukcijo. Ekipa iz UKC Ljubljana je predstavila svoje izkušnje s tega področja. Povedali so, da izvajajo rekonstrukcije z ekspanderji in prsnimi protezami v 60 odstotkih. A. Haid iz Feldkircha je poudaril, da je vedno več primerov ohranitvene kirurgije.

Izredno pomembno pri njej je, da dobro opravimo lokalizacijo, tako da lahko izrežemo tumor z dobrim varnostnim robom (vsaj 5 mm), ob tem pa ohranimo dovolj zdravega tkiva in tako zagotovimo dober kozmetični videz. V razvoju je tako imenovana onkoplastična kirurgija, ki jo je podrobneje prikazal M. Snoj z OI Ljubljana. Poudaril je, da je izbira operacije odvisna od velikosti, lokalizacije in razširjenosti tumorja v dojki. Vedno se je treba odločiti za čim manjši poseg, ki pa mora zagotoviti zanesljivo odstranitev tumorja (prosti robovi). Da bi zagotovili optimalen onkološki in kozmetični izid, je zelo pomembna predoperativna diagnostika (mamografija, UZ in MRI) ter natančno načrtovanje posega in rekonstrukcije dojke.

V dopolnilnem zdravljenju zgodnjega raka dojk je kemoterapija z antraciklini še vedno zlati standard. Počasi pa v dopolnilne sheme prodirajo tudi kombinacije s taksani, ki zmanjšujejo tveganje zgodnje ponovitve bolezni, manj pa vplivajo na preživetje. Razlike med paklitakselom in docetakselom ni. Za uporabo trastuzumaba v dopolnilnem zdravljenju še nimamo uradnih priporočil. Vzrokov je več: kratko opazovalno obdobje, uporaba v različnih shemah, različen čas uporabe in dejstvo, da se ne ve, pri katerih bolnicah s Her2-pozitivnimi tumorji resnično pomaga (mogoče veliki hormonsko negativni tumorji). Poleg tega, da vemo za kardiotoksičnost, se postavlja tudi vprašanje starostne meje in časa aplikacije. Kot dopolnilno hormonsko zdravljenje se še vedno priporoča tamoksifen, ki je primeren za vse starostne skupine. V postmenopavzi pa uporaba aromataznih zaviralcev še zmanjša tveganje ponovi-



Slika 4. B. Zakotnik nam je predstavil dileme v paliativi.

tve bolezni.

Za konec bi omenila še sklop predavanj o raku dojke pri moških, ki predstavlja približno 1 % vseh rakov dojk in o katerem se sicer malo govori. Zanimiv je podatek, da so odkrili mutacijo BRCA 2 pri 15 % obolelih moških v Sloveniji. Za raka dojke pri moškem so značilni večja starost in poznejši stadiji ob postavitvi diagnoze. Zdravljenje je kirurško, merila so enaka kot pri ženskah. Rak je lahko hormonsko odvisen ali neodvisen. Hormonsko odvisne zdravimo s tamoksifonom, sicer pa s kemoterapijo (antraciklini in taksani).

V treh dneh druženja z avstrijskimi kolegi smo obnovili znanje in izmenjali izkušnje skoraj na vseh področjih senologije (slika 3 in 4). Žal se vseh predavanj nismo mogli udeležiti, bili pa smo zadovoljni z gostoljubnostjo in organizacijo srečanja. Upam, da se bodo ta srečanja nadaljevala in da se bomo kmalu srečali v Sloveniji.

