

# MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA BOLNIKOV Z RAKOM DOJK

Simona Borštnar, Erika Matos, Andraž Perhavec, Rok Petrič,  
Tanja Marinko, Maja Marolt Mušič in Kristijana Hertl  
Vsi: Onkološki inštitut Ljubljana

## Izvleček

Multidisciplinarni pristop je standarden način obravnave raka dojke in je že vrsto let utečen način dela na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OI). Dokazano je, da imajo bolnice z rakom dojke, ki jih zdravijo ustrezno usposobljeni multidisciplinarni timi, boljše možnosti dobrega izhoda bolezni in boljšega preživetja. Na OI deluje pet rednih multidisciplinarnih konzilijev na področju raka dojke: mamarni, za netipne lezije, KR PAN, za tipne lezije in rekonstruktivni konzilij. V trimesečnem obdobju, od septembra do novembra 2013, je bilo na teh konzilijih podanih 1097 mnenj. Radioterapevti so sodelovali tudi pri izdelavi 88 konziliarnih mnenj v UKC Maribor.

## Uvod

V Sloveniji je rak dojke najpogostejši rak pri ženskah, med vsemi raki pa zajema četrto mesto. Glede na zadnje podatke Registra raka Republike Slovenije za leto 2010 je v naši državi zbolelo 1250 žensk in 12 moških. Pri 50,8 % bolnikov je bila bolezen ugotovljena v omejenem stadiju, pri 43 % v razširjenem stadiju, pri 6 % je bila bolezen že razsejana, pri 0,2 % pa neznanega stadija. V okviru prvega zdravljenja je bilo operiranih 1084 (85,9 %) bolnikov, 1110 (88 %) jih je prejelo eno ali več oblik sistemskega zdravljenja, 681 (54 %) pa je bilo obsevanih. Na OI je bilo operiranih 692/1084 (64 %) bolnikov, sistemsko zdravljenih 813/1110 (73 %) bolnikov, obsevanih pa vseh 681 (100 %) bolnikov.

V Sloveniji, tako kot tudi v večini držav z razvitim zdravstvenim sistemom, je multidisciplinaren pristop standarden način obravnave raka dojke in je del priporočil in smernic nacionalnih strokovnih združenj in mednarodnih akademskih skupin. Raziskave, narejene v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, so pokazale, da je multidisciplinarna obravnava bolnikov z rakom povezana z boljšim izhodom bolezni. Škotska raziskava je primerjala preživetje bolnic, ki so se med leti 1990 in 2000 zdravile zaradi raka dojke v okrožju Glasgowa (intervencijsko območje), kjer je bil v letu 1995 oblikovan multidisciplinarni tim, in področjem zahodne Škotske, kjer takega tima ni bilo (neintervencijsko območje). V analizo je bilo vključenih 13.722 bolnic. V letih 1990–1995 je bila umrljivost bolnic za 11 % manjša v neintervencijskem območju. V naslednjih petih letih,

po tem ko je bil v okrožju Glasgowa ustanovljen multidisciplinarni tim, pa je bilo ravno obratno. Umrljivost v intervencijskem območju se je ne le zmanjšala, ampak je bila kar 18 % manjša v primerjavi z neintervencijskim območjem.

## **Smernice zdravljenja bolnikov z rakom dojk**

Ogrodje dela multidisciplinarnih timov na OI so Smernice za zdravljenje raka dojk. Prvič so bile izdane leta 2004, posodobljene leta 2011 in nato ponovno v marcu 2014. Vključujejo priporočila za zgodnje odkrivanje raka dojk, navodila za napotitev v ambulantno za boleznj dojk na OI, navodila za napotitev v ambulantno za onkološko genetsko svetovanje, klasifikacijo TNM, obravnavo redkih malignih boleznj dojk, slikovno diagnostiko z algoritmi pri netipljivih in tipljivih lezijah, citopatologijo, histopatologijo, preiskave za zamejitev boleznj, kirurgijo, sistemsko zdravljenje, obsevanje in navodila za spremljanje bolnikov. Vključeni so tudi algoritmi zdravljenja po stadijih boleznj.

## **Multidisciplinarni konziliji za bolnike z rakom dojk na OI**

Bolnike z rakom dojk na OI obravnavamo na več multidisciplinarnih konzilijih:

1. mamarni konzilij
2. konzilij DORA
3. konzilij za netipne lezije
4. konzilij KR PAN
5. konzilij za tipne lezije
6. rekonstruktivni konzilij
7. konziliji »ad hoc«.

### ***Mamarni konzilij***

Je osrednji konzilij za multidisciplinarno obravnavo bolnikov z rakom dojk. Konzilij sestavljajo: internisti onkologi, radioterapevti in kirurgi onkologi. Patologi so vključeni v konzultacije pri posameznih bolnikih.

Namenjen je predvsem odločitvam o sistemskem in obsevalnem zdravljenju po operaciji raka dojk, podaljšanem hormonskem zdravljenju, menjavi sistema zdravljenja pri bolnikih z razsejano boleznijo, ki niso vodeni pri internistih onkologih, vprašanih paliativnega obsevanja pri bolnikih, ki niso vodeni pri radioterapevtih, ter reševanju drugih vprašanj, tako v zdravljenju zgodnje, lokalno napredovelega in razsejanega raka dojk.

Na mamarnem konziliju je bilo v zadnjem trimesečju 2013 (1. 9. 2013 do 30. 11. 2013) obravnavanih 474 bolnikov z že znano diagnozo raka dojk, od teh 445 (94 %) z OI in 29 (4 %) iz drugih ustanov. Vrste konziljarnih obravnav so navedene v Tabeli 1.

**Tabela 1:** Vrste obravnav na mamarnem konziliju.

	Napoteni z OI		Napoteni iz drugih ustanov	
	dokumentacija	prisotni bolniki	dokumentacija	prisotni bolniki
pred prvim zdravljenjem	9	9	2	1
pred adj. zdravljenjem	225	10	7	1
za RT po adj. KT	68	0	2	0
zdravljenje razsejane bolezni	66	16	9	4
samo triaža	3	0	1	0
druge odločitve	36	3	2	0
<b>SKUPAJ</b>	<b>407</b>	<b>38</b>	<b>23</b>	<b>6</b>

### ***Konzilij DORA***

V okviru državnega presejalnega programa za raka dojk DORA deluje tudi konzilij DORA, kjer sodelujejo člani mamarnega tima OI – radiologi, patologi in kirurgi onkologi.

Na tem konziliju je bilo od začetka septembra do konca novembra 2013 izvedenih 12 t.i. konferenc, na katerih je bilo obravnavanih 79 preoperativnih in 56 pooperativnih bolnikov. Preoperativno so obravnavane vse ženske, ki so imele en teden prej narejeno punkcijo (stereotaktično ali ultrazvočno) sumljive spremembe v dojki. Če so bile operirane, so bile ponovno obravnavane po operaciji.

### ***Konzilij za netipne lezije***

Konzilij sestavljajo radiologi in kirurgi onkologi.

Na konzilij za netipne lezije dojk so napotene ženske iz drugih ustanov, največkrat področnih centrov za bolezni dojk, kjer so bile s slikovnimi preiskavami ugotovljene sumljive spremembe v dojkah, diagnostika pa ni bila dokončana. Na konziliju kirurg onkolog pregleda bolnico, ki je na konziliju vedno prisotna, radiolog pa pregleda prineseno slikovno gradivo. Po pregledu kirurg onkolog in radiolog skupaj določita najprimernejši nadaljnji diagnostični postopek. Izvidi opravljenih preiskav (mamotom, slikovna diagnostika) so nato obravnavani na konziliju KR PAN, kjer bolnica ni prisotna.

V obdobju od 1. 9. 2013 do 30. 11. 2013 je bilo na netipnem konziliju obravnavanih 163 žensk.

### ***Konzilij KR PAN***

Sodelujejo radiologi, patologi in kirurgi onkologi.

Namenjen je odločitvam o nadaljnjem lokalnem zdravljenju po predhodni diagnostiki na mamotomu ali lokalizacijah.

Na konziliju KRPAN je bilo od 1. 9. 2013 do 30. 11. 2013 obravnavanih 185 dokumentacij bolnikov, izključno z OI. Podatki o številu in odločitvi konziliarnih obravnav so navedeni v Tabeli 2.

**Tabela 2:** Vrste obravnav na konziliju KRPAN

Vrsta posega	Konzilarna odločitev	Število bolnikov
mamotom	svetovana operacija	39
	svetovane mamografske kontrole	62
lokalizacija	kirurško zdravljenje zaključeno	71
	nadaljevanje kirurškega zdravljenja	13

### *Konzilij za tipne lezije*

Konzilij sestavljajo kirurgi onkologi in radiologi.

Na konziliju so predstavljene bolnice z operabilnim rakom dojk. Konzilij sprejme odločitve o načinu kirurškega zdravljenja.

V oktobru in decembru 2013 ter januarju 2014 je bilo obravnavanih 62 bolnic. Tiste bolnice, ki so bile obravnavane na konziliju DORA ali mamarnem konziliju, niso bile napotene na obravnavo na konzilij za tipne lezije.

### *Rekonstruktivni konzilij*

Sestavljajo ga kirurgi onkologi in rekonstruktivni kirurgi. Na konziliju je vedno prisotna tudi bolnica.

Namenjen je odločitvam o tipu takojšnje in odložene rekonstrukcije po operaciji raka dojk, odločitvam o tipu takojšnje in odložene rekonstrukcije po preventivnih mastektomijah in odločitvam o drugih rekonstruktivnih posegih po zdravljenju raka dojk in drugih tumorjev.

V trimesečnem obdobju od septembra do novembra 2013 je bilo obravnavanih 78 bolnic, od teh je bilo 75 (96 %) napotnih z OI, 3 (4 %) pa iz drugih zdravstvenih ustanov. Odločitve so navedene v Tabeli 3.

**Tabela 3:**

Odločitev konzilija	Število
enostranska takojšnja rekonstrukcija z ekspanderjem	14 (13 terapevtskih, 1 profilaktična)
enostranska takojšnja rekonstrukcija z lastnim tkivom	14 (vse terapevtske)
enostranska odložena rekonstrukcija z ekspanderjem	3 (vse terapevtske)
enostranska odložena rekonstrukcija z lastnim tkivom	12 (vse terapevtske)
bilateralna takojšnja rekonstrukcija z ekspanderjema	10 (1 terapevtska, 4 profilaktične, 5 na eni strani terapevtska, na drugi profilaktična)

bilateralna takojšnja rekonstrukcija z lastnim tkivom	5 (3 profilaktične, 2 na eni strani terapevtska, na drugi profilaktična)
bilateralna odložena rekonstrukcija z ekspanderjema	3 (vse na eni strani terapevtske, na drugi profilaktične)
bilateralna odložena rekonstrukcija z lastnim tkivom	0
odločitve o rekonstrukciji ni sprejeta	11
kritje defekta po operacijah drugih rakov	3
druge odločitve (reekscizija, korekcija po kvadrantektomiji z LD režnjem, lipofiling)	3

### ***Konziliji »ad hoc«***

Poleg naštetih konzilijev potekajo t.i. dogovori »ad hoc«, kjer se dva ali več specialistov takoj, zunaj za to namenjenega časa za konzilij, dogovorijo o najprimernejšem načinu zdravljenja za določenega bolnika. Najpogosteje gre za dogovore o predoperativnem zdravljenju, ko se kirurg in internist onkolog med ambulantnim pregledom bolnika dogovorita za ustrezno sosledje kirurškega in sistemskega zdravljenja. Podobno potekajo tudi dogovori med internistom onkologom in radioterapevtom v primeru nujnega obsevanja (npr. zaradi grozečega zloma kosti, utesnitve hrbtenjače, sindroma zgornje vene cave). Odločitve beležimo v ambulantnih zapisih.

Novejši konzilij »ad hoc« je konzilij za hranjenje genetskega materiala, ki je zaživel v januarju 2013. Ta konzilij poteka na Kliničnem oddelku za reprodukcijo na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana. Zanj se dogovorita onkolog in reproduktivni ginekolog in biolog, poteka pa v navzočnosti bolnice, ki želi shraniti genetski material pred sistemskim zdravljenjem.

### **Multidisciplinarni konziliji v drugih zdravstvenih ustanovah**

Le UKC Maribor ima multidisciplinarni konzilij, na katerem so prisotni tako njihov internist onkolog ter kirurg/ginekolog in pa radioterapevt z OI. Konzilij zaseda enkrat na dva tedna.

V tromesečju od septembra do novembra 2013 je bilo na multidisciplinarnem konziliju v Mariboru obravnavanih 88 bolnikov, 47 od teh je bilo napotenih na obsevanje na OI, pooperativno ali paliativno.

Konzilij v bolnišnici v Novi Gorici poteka brez navzočnosti radioterapevta. Indikacije za obsevanje so postavljene brez mnenja radioterapevta, na osnovi smernic OI. Dokumentacija bolnic je poslana po pošti radioterapevtom za ponovno presojo o obsevanju in uvrstitve za izvedbo obsevanja.

Iz SB Celje, ki nima odobritve za operacije raka dojke, so bolniki praviloma napoteni na OI za operativno zdravljenje. Bolnišnica enkrat mesečno zagotavlja navzočnost internistke, z opravljenim kroženjem internistične onkologije,

na mamarnem konziliju na Ol. Ta z mnenjem mamarnega konzilija prevzema bolnike za sistemsko zdravljenje, ki nato poteka v SB Celje.

V ostalih slovenskih bolnišnicah nimajo ustreznih kadrov za izvajanje zdravljenja raka dojk.

## **Kazalniki uspešnosti in pomanjkljivosti multidisciplinarne obravnave**

Število obravnav v analizi trimesečnega obdobja kaže, da je večina bolnikov z rakom dojk predstavljena mamarnemu konziliju, največ po že opravljenem kirurškem zdravljenju. Napotitev teh bolnikov na mamarni konzilij je utečena in rutinska, kar je vsekakor pozitiven kazalec.

Za večino predoperativnih sistemskih zdravljenj so bolniki predstavljeni na konzilijih »ad hoc« s kirurgom in internistom onkologom. Prednost teh so takojšnje odločitve in takojšen prehod na ustreznejše zaporedje oz. obliko zdravljenja. Žal pa tak način ni utečen, obstaja verjetnost, da ne bo vsem bolnikom predstavljena možnost predoperativnega zdravljenja. V obravnavo tudi ni vključen radioterapevt. Treba bi bilo beležiti, da gre za konziliarno odločitev, ter uvesti kazalec, koliko je spremenjenih odločitev glede na prvotno oceno kirurga.

Uspešnost rekonstruktivnega konzilija se kaže v vedno večjem številu rekonstrukcij in dejstvu, da je možnost rekonstrukcije dojk ponujena praktično vsaki bolnici. Pomanjkljivost tega konzilija pa je tudi tu, da v obravnavo ni vključen radioterapevt.

## **Predlog reorganizacije dela konzilijev in ostalih oblik multidisciplinarne obravnave**

Idealno bi bilo, da bi bili vsi bolniki z rakom dojk pred pričetkom zdravljenja predstavljeni multidisciplinarnemu konziliju z radiologom, patologom, kirurgom onkologom, rekonstruktivnim kirurgom, radioterapevtom, internistom onkologom. Že na začetku bi bil narejen okviren načrt zaporedja zdravljenj. Tak pristop bi bil na prvi pogled zamudnejši in težje izvedljiv. Konziliji, v obliki kot jih imamo, so prilagoditev takega pristopa in zaporedoma rešujejo delna vprašanja in dileme, bolniki pa so zato predstavljeni na več konzilijih. Stremimo po racionalizaciji dela. V ta namen smo v mamarnem timu sestavili vsebino elektronske napotnice, ločeno za bolnice z zgodnjim in razsejanim rakom dojk, v katerih bi zajeli nabor vseh potrebnih podatkov. S tem bi deloma racionalizirali delo na konziliju, ki ga pogosto omejuje iskanje podatkov po elektronskem popisu.

Na konzilijih za netipne lezije bi bilo treba meriti delež spremenjenih odločitev za nadaljnji postopek glede na indikacije napotnih zdravnikov.

Na konziliju KR PAN bi bilo treba meriti skladnost med preoperativno odločitvijo in dejansko izvedeno operacijo, delež malignih in benignih lezij pri diagnostični operaciji ter delež potrebnih ponovnih operacij.

Na konziliju za tipne lezije pa bi bilo treba beležiti število nepopolnih diagnostičnih postopkov in delež spremenjenih priporočil. Za izvedbo teh nalog bi bila potrebna ustrezna informacijska podpora.

Potrebna bi bila ustanovitev novih konzilijev pri bolnikih z razsejanim rakom dojk, usmerjenih v reševanje kostnih zapletov (skupaj s travmatologi in ortopedi) in nevroloških zapletov (skupaj z nevrologi in nevrokirurgi).

Naš cilj je doseči ustrezno multidisciplinarno obravnavo vseh bolnikov z rakom dojk v državi, zato Ol pomaga pri organizaciji konzilijev v UKC Maribor, kjer to nalogo že uspešno opravljajo, in SB Nova Gorica, kjer pa multidisciplinarni konzilij še ni zaživel. Ena od možnosti rešitve problema so telekonference.

## Zaključek

Zbrani podatki opravljenega dela kažejo na utečeno multidisciplinarno obravnavo bolnikov z rakom dojk, ki temelji na rednih tedenskih multidisciplinarnih konzilijih. Kljub temu pa opažamo pomanjkljivosti, ki jih bomo morali odpraviti, če bomo želeli prav vsem bolnikom v državi nuditi ustrezno multidisciplinarno obravnavo, tudi tistim, ki večino ali del diagnostike, zdravljenja in sledenja opravijo v drugih zdravstvenih ustanovah. Zbrani podatki so dobra osnova za razpravo na Onkološkem vikendu v maju letos o strategiji izboljšanja konziliarnega dela v prihodnosti.

## Literatura

1. Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, Dunlop DJ. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer*2005;93:977-8.
2. Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. *Eur J Cancer*2006;42:2480.
3. [http://www.onko-i.si/uploads/media/Smernice\\_zdravljenja\\_raka\\_dojk\\_2011.pdf](http://www.onko-i.si/uploads/media/Smernice_zdravljenja_raka_dojk_2011.pdf)
4. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJ, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012;26:344-353.
5. Rak v Sloveniji 2010. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2013.
6. Stephens MR, Lewis WG, Brewster AE, Lord I, Blackshaw GRJC, Hodzovic I, et al. Multidisciplinary team management is associated with improved outcomes after surgery for esophageal cancer. *Dis Eosphagus*2006;19:164-71.