

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI ZE WSPÓŁISTNIEJĄCĄ CIAŻĄ

Jerzy Giermek

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej

Centrum Onkologii-Instytut

Kierownik Kliniki: Doc. dr hab. med. Tadeusz Pieńkowski

Dyrektor Instytutu: Prof. dr hab. med. Marek Nowacki

Patogeneza

- nieznany wpływ przestrojenia hormonalnego
- wzrost stosunku estriolu do estronu i estradiolu

Opóźnienia diagnostyczne

- powiększenie i większe ukrwienie piersi
- traktowanie zmian guzowatych jako zmian związanych z ciążą
- ograniczenia diagnostyczne
- efekt-opóźnienia w rozpoznaniu raka o 2-7 miesięcy

Rokowanie

- ciąża nie wpływa na pogorszenie rokowania
- przerwanie ciąży nie poprawia wyników leczenia
- gorsze rokowanie spowodowane jest większym zaawansowaniem klinicznym
- przeżycia chorych w podobnym zaawansowaniu nie różnią się statystycznie

Badania diagnostyczne

- badanie podmiotowe i przedmiotowe
- biopsja cienko- i gruboigłowa, biopsja otwarta
- badania biochemiczne
- oznaczenie markerów
- badania USG piersi i jamy brzusznej
- zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej
- mammografia ?

LECZENIE

- chirurgiczne
 - radykalne
 - oszczędzające- ? (koniec III trymestru)
 - biopsja węzła wartowniczego- ?
- systemowe
 - chemioterapia- II i III trymestr (do 35 tyg.)
 - cytostatyki
 - skuteczne w raku piersi
 - o dużej masie cząsteczkowej
 - mocno wiążące się z białkami osocza
 - trudno rozpuszczalne w tłuszczach
 - hormonoterapia- nie
- radioterapia- jedynie ze wskazań życiowych

Decyzje terapeutyczne

- typ raka
- zaawansowanie nowotworu
- wiek ciąży

Decyzje terapeutyczne c.d.

Pierwszy trymestr

- odroczenie leczenia do 12 hbd
- mastektomia w I i II stopniu zaawansowania
- aborcja ??

Decyzje terapeutyczne c.d.

Drugi trymestr

- mastektomia w I i II stopniu zaawansowania
- chemioterapia neoadjuwantowa w III stopniu zaawansowania a następnie mastektomia
- chemioterapia adjuwantowa po leczeniu radykalnym
- chemioterapia paliatywna

Decyzje terapeutyczne c.d.

Trzeci trymestr

- wcześniejsze ukończenie ciąży a następnie leczenie standardowe
- pozostałe postępowanie jak w II trymestrze

W Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii- Instytucie w Warszawie w okresie od lutego 1995 r do lutego 2006 r było leczonych 23 chorych na raka piersi będących w ciąży

- 13 pacjentek w trakcie ciąży było leczonych chemioterapią:
 - neoadjuwantową-5
 - adjuwantową-6
 - paliatywną-2 (były także napromieniane w ciąży)
 - 12 dzieci żyje i rozwija się prawidłowo
 - 1 wewnątrzmaciczna śmierć płodu w 26 tyg.
- 10 pacjentek w trakcie ciąży było leczonych operacyjnie
- 1 pacjentka miała jednocześnie wykonane cięcie cesarskie i mastektomię
- 3 pacjentki miały usuniętą ciążę

DB PID 521449 ur 1965 r

- Sierpień 1995 r - skierowana do Centrum Onkologii
- PCI: cellulae carcinomatosae
- Dgn Ca mammae sin T2N0M0
- 03.10.1995 r (6 hbd) - tumorectomia
- Hist-pat: ca intraductale mammae (typis comedo carcinoma)
- 28.11.1995 r (14 hbd) - mastectomia sin simplex
- Hist-pat: granulomata resorptiva et cicatrisatio loco operationis mammae, lymphadenitis chronica axillae 0/4
- Maj 1996 r - poród siłami natury w terminie, karmienie piersią
- 01.10.1998 r - rekonstrukcja lewej piersi, implantacja ekspandera Beckera
- 05.06.2006 r - brak progresji choroby, rozwój dziecka prawidłowy

JK PID 524812 ur 1960 r

- Maj 1995 r - skierowana do Centrum Onkologii
- PCI: cellulae carcinomatosae
- Dgn Ca mammae sin T2N2M0 G IV 15hbd
- 02.11.1995 r - mastectomia sin m. Patey in 17 hbd
- Hist-pat: ca ductale invasivum mammae G3, BR II, MBR 4, metastases carcinomatis in lymphonodulis axillae 7/17
- 20.11.1995 r (19 hbd) - 25.01.1996 r (28 hbd)
chemioterapia adjuwantowa: ADM z VCR x 4
- 04.04.1996 r (38 hbd) - cięcie cesarskie, CŻD-2800g/53cm, 9 pkt Apgar
- 13.12.2005 r - brak progresji choroby, rozwój dziecka prawidłowy

IK PID 614398 ur 1971 r

- Listopad 2000 r - skierowana do Centrum Onkologii
- Hist-pat z CB: Carcinoma lobulare invasivum mammae
- Dgn Ca mammae sin T4N1M1 G V 17 hbd
- 04.12.2000 r (18 hbd) - 16.03.2001 r (33 hbd)
chemioterapia paliatywna ADM z VNR
- 18.01.2001 r (25 hbd) - meningitis neoplasmatica
- 19.01.2001 r (25 hbd) - 02.02.2001 r (27 hbd)
dokanałowo MTX
- 07.02 – 12.02.2001 r - napromienianie mózgu
- 29.03.2001 r (35 hbd) - cięcie cesarskie, SŻN - 1840g/46
cm, w stanie dobrym
- 18.04.2001 r - progresja choroby, ponownie MTX it oraz
II rzut chemioterapii paliatywnej docetaxel z cisplatyną
- 23.07.2001 r - zgon

RK PID 667650 ur 1966 r

- Październik 2002 r - skierowana do Centrum Onkologii
- PCI: cellulae et foci carcinomatosi
- Dgn Ca mammae dex T3 N1M0 G III 19 hbd
- 18.10.2002 r (20hbd) - mastektomia prawostronna sposobem Pateya
- Hist-pat: carcinoma ductale invasivum mammae G3, MBR5, metastases carcinomatis in lymphonodulis axillae 5/24 pT3N2
- Od 08.11.2002 r (23 hbd) - uzupełniająca chemioterapia ADM z VNR
- 04.02.2003 r (35,5 hbd) - poród przedwczesny (w dniu chemioterapii), CŻN - 2100g, 10 punktów Apgar
- 14.02.2003 r - 22.04.2003 r kontynuacja chemioterapii
- 19.05.2003 r - 13.06.2003 r radioterapia
- 14.12.2005 r – tumorektomia
- Hist-pat: carcinoma ductale invasivum mammae G3, pT1b
- 17.01.2006 r – mastektomia lewostronna sposobem Pateya
- Hist-pat: lymphonodulitis chronica
- Od 17.02.2006 r – do 06.06.2006 r chemioterapia docetaxel z DDP, rozwój dziecka prawidłowy, pozostaje obserwacji bez cech progresji choroby.

BP PID 551173 ur 1971 r

- 24.03.1997 r - mastektomia prawostronna sposobem Pateya
- Hist-pat: carcinoma ductale invasivum trifocale mammae, lymphonodulitis chronica axillae 0/19 pT1aN0
- Kwiecień 1997 r - wrzesień 1997 r uzupełniająca chemioterapia według programu CMF
- 17.10.2002 r - Dgn Recidivum localis G II 28,5 hbd
- 21.10.2002 r - wycięcie wznowy
- Hist-pat: carcinoma ductale invasivum recidivans mammae
- 12.12.2002 r (36 hbd) - cięcie cesarskie, SŻN - 2400g/50 cm, 7 punktów Apgar
- 13.01.2003 r - 13.02.2003 r napromienianie na pole z blizną
- 14.02.2003 r - 29.05.2003 r - chemioterapia ADM z docetaxelem
- Od 26.06.2003 r - włączono Tamoksyfen
- Od 29.07.2004 r – zmiana hormonoterapii na goserelinę z anastrozolem (amplifikacja genu Her 2)
- 21.09.2006 r - brak progresji choroby, kontynuuje hormonoterapię.

CG PID 670726 ur 1959 r

- Listopad 2002 r - skierowana do Centrum Onkologii
- Dgn Tumor humeri dex G II 16 hbd
- 29.11.2002 r (17 hbd) - biopsja otwarta guza
- Hist-pat: zmiana odpowiada przerzutowi raka piersi
- W badaniach klinicznych i dodatkowych nie ustalono ogniska pierwotnego. Chora nie wyraziła zgody na proponowane leczenie.
- 04.02.2003 r (28,5 hbd) - napromienianie p-bólowe 1 frakcją z powodu progresji miejscowej, w badaniu rtg nie uwidoczniła się $\frac{1}{2}$ bliższa kości ramiennej
- 11.02.2003 r (29,5 hbd) - rozpoznano hipercalcemię (4,64 mmol/l - norma do 2,7 mmol/l), podano I kurs chemioterapii 4epiADM, calcytoninę, sterydy, zastosowano forsowaną diurezę, nie uzyskano normocalcemii
- 06.03.2003 r (33 hbd) - cięcie cesarskie, SŻN - 1830g/45 cm, 8 punktów Apgar
- 11.03.2003 r - 02.09.2003 r -kontynuacja chemioterapii, podano bisfosfoniany, uzyskano normalizację poziomu wapnia, następnie włączono Tamoksyfen
- 02.04.2003 r - resekcja guza wraz z $\frac{1}{2}$ bliższą kości ramiennej
- 30.05.2006 r - brak progresji choroby, rozwój dziecka prawidłowy