**RAKOVINA PRSU U ŽEN A U MUŽŮ**

**(Sympozium ke Světovému dni proti rakovině**)

Letošní Sympozium ke Světovému dni proti rakovině pořádala Liga proti rakovině ve spolupráci s Českou lékařskou společností J. E. P. ve čtvrtek 4. února v Lékařském domě v Praze.

Zahájení se ujala MUDr. Alexandra Aschermannová poděkováním všem přítomným za jejich dlouholetou aktivitu, kterou odvádějí na poli prevence zhoubných nádorů.

Slovo předala předsedkyni Ligy MUDr. Michaele Fridrichové, která představila hlavní téma letošního roku **Karcinom prsu u žen a u mužů**. Jde o jedno z nejčastěji se vyskytujících onemocnění v evropské populaci, s výskytem 63 případů na 100tis. žen. Počty onemocnělých mužů tvoří jen zlomek tohoto množství. Incidence karcinomu prsu v roce 2010 podle statistické ročenky ÚZIS byla 6 498 žen a 57 mužů. Mortalita pro sledovanou diagnózu ve stejném roce je 1655 žen a 21 mužů.

U žen tvoří karcinom prsu 26% všech nádorových onemocnění a je příčinou 14% úmrtí. To jsou dostatečně alarmující data k tomu, abychom se tomuto tématu věnovali po celý rok a opakovaně upozorňovali především na možnosti prevence. Epidemologické trendy jsou zajímavé, incidence stoupá poměrně prudce, ale mortalita stagnuje, až mírně klesá (od poloviny 90 let). Nádory prsu jsou poměrně velmi slušně nalezitelné, protože prs je orgán, který je velmi dobře dostupný preventivnímu a diagnostickému vyšetření. Je možné začít samovyšetřením, dále použitím ultrazvuku, NMR a základním vyšetřením, kterým je mamograf.

Do screeningu jsou zařazeny ženy od 45 let s frekvencí dvouletého vyšetření s možností sonografického vyšetření po roce. Díky screeningu se zvyšuje podíl onemocnění zachyceného v 1. klinickém stádiu, u kterého je 5-leté přežití téměř stoprocentní. V případě nutnosti ablace je u méně pokročilých stadií možnost následné rekonstrukce prsu.

Populační screening karcinomu prsu je součástí doporučení rady evropské unie

z 2. prosince 2003, kdy rada doporučuje členským státům implementaci tohoto screeningového programu a součástí je také sběr dat o preventivních vyšetřeních i následných diagnostických procedurách.

Všechny terapeutické možnosti karcinomu prsu u žen se vztahují i na karcinom prsu u mužů. Většina onemocnění prsu u mužů se váže s některým ze známých geneticky podmíněných syndromů (BRCA1, 2, Li-Fraumeni, Cowdenův sy a další) nebo s nově nalezenou mutací.

V současnosti je hlavní snaha o konzervativní postupy léčby, což je při malých nálezech možné. Je daleko vhodnější přijít dříve a s malým nálezem a prožít slušně život, nemít ablaci, nemít dlouhodobou léčbu chemoterapií, radioterapií a všechno to, co k tomu patří, což je vlastně smysl prevence a screeningových vyšetření.

K danému tématu pokračovala MUDr. Lenka Pleschingerová, z Ústavu radiační onkologie NNB a soustředila se na **Mamografický screening v ČR a jeho výsledky za r. 2014.** Celostátní výsledky ukazují, že mamografický screening prokazatelně snižuje úmrtnost na karcinom prsu a jeho výhody znatelně převažují možná rizika. Účast žen přesáhla v r. 2014 63 % a v r. 2015 se opět zvýšila. Screening funguje v ČR od září roku 2012 a momentálně je v něm zapojeno 68 akreditovaných center, která jsou rovnoměrně rozmístěna ve všech krajích. V r. 2008 byla již dosažena 50 % účast žen, které do screeningu spadají. V roce 2007 byla první akce adresného zvaní a pomohla zvyšovat toto procento a zvyšuje se i nadále při současné druhé akci adresného zvaní, takže v r. 2014, který již je uzavřen dosáhl 63 % účasti žen, jenž spadají do toho programu. Nejvyšší účast byla tradičně v kraji Vysočina a nejnižší v Praze. Díky screeningovému programu bylo diagnostikováno již 29 000 zhoubných nádorů a většina byla v časných stádiích. V roce 2014 bylo vyšetřeno 683 000 žen v celé republice, což je nejvíce v dosavadní historii programu a bylo zachyceno 3 782 karcinomů. Incidence nádoru prsu stoupá s věkem, to je důvod proč u nás není stanovena horní věková hranice screeningu a ženy mohou přijít, dokud mají zájem o vyšetření. Relativně vysoký počet biopsíí pomáhá udržovat mortalitu na velmi nízké úrovni.

Dále bylo otevřeno téma **Možnosti systémové léčby prsu a jeho nežádoucí účinky**, které přítomným vysvětlila MUDr. Zuzana Bielčiková z Onkologické kliniky VFN a 1. LF UK. Jedná s o terapii, která ať již v podobě tabletek, injekce nebo infuze, je schopna proniknout do krve a tím pádem do všech nádorů, které se v těle nacházejí. Nádorová terapie musí odrážet vlastnosti onemocnění a onkologie 21. století, je založena na molekulární biologii a na hlubším poznání nádorového onemocnění. Karcinom prsu je biologicky velmi pestré onemocnění. Znamená to, že chování nádoru může být u dvou žen stejného věku a se stejnou velikostí tumoru, odlišné. Náhledem na biologii onemocnění je histologické vyšetření. To nám ukazuje, z jakých buněk se nádor vyvinul, jak rychle se jeho buňky dělí a také to, co je pravděpodobným stimulem jejich růstu. 75% nádorů představuje tzv. hormon-závislé onemocnění. Stimulem jejich růstu jsou hormony, zejména estrogeny. Asi 15% nádorů pozůstává z buněk, na jejichž povrchu se v nadbytku nacházejí receptory pro tzv. epidermální růstový faktor.

Biologie nádoru je natolik složitá, že i chování dvou nádorů stejných vlastností (dle histologického vyšetření) se může více či méně lišit. Systémová léčba se snaží postihnout všechny nádorové buňky. Ty, které jsou v prsu, i ty, které plavou v krvi nebo se usídlily v játrech, plicích či jiných orgánech. Tzv. biologická léčba vyhledává pouze jistý typ buněk. Terapie karcinomu prsu se odvíjí od stádia nemoci, věku nemocné, tolerance léčby a zejména vlastností nádoru, které se v čase mohou měnit. Sledování charakteristik nádorového onemocnění v čase je základní výzvou onkologického výzkumu. Detekce nádorových buněk v krvi zdravých pacientek, nádorových buněk citlivých k jistému typu léčby tam, kde jejich citlivost nepředpokládáme či naopak detekce buněk rezistentních ke všem léčebným modalitám, to všechno by mohlo pomoci v léčbě onkologicky nemocných. Důležitou součástí protinádorové terapie je léčba podpůrná, pomáhající pacientkám zmírnit či překonat nežádoucí účinky spojené zejména s chemoterapií. Moderní podpůrná terapie umožňuje dlouhodobou léčbu při zachování slušné kvality života nemocných. Přes všechny otazníky a cíle terapie této nemoci, pokroky v léčbě karcinomu prsu jsou natolik významné, že i z pacientek nevyléčitelných dělají často ženy dlouhodobě léčitelné a z karcinomu prsu chronické onemocnění.

Systémová terapie je vedle chirurgie a radioterapie základním stavebním kamenem v léčbě pacientek s karcinomem prsu.

Odpolední program Sympozia zahájila prim. MUDr. Jana Matějovská z Kliniky plastické chirurgie, Nemocnice Na Bulovce s přednáškou **Chirurgická léčba nádorů prsu z pohledu plastického chirurga**. Seznámila přítomné se systémem komlexní péče o ženy s nádorem prsu a o rekonstrukčních postupech po operacích. Na diagnostice a léčbě prsu spolupracuje radiodiagnostik, onkolog, pracovník nukleární medicíny, patolog, gynekolog, chirurg, plastický chirurg a samozřejmě nejdůležitější člen – pacientka. Dále objasnila přístup plastického chirurga k primárním operačním výkonům. Existuje celá řada výkonů u maligních nádorů prsou. Rekonstrukci vyžadují výkony, u kterých dochází ke ztrátě celého prsu. Jedná se v podstatě o tyto výkony: 1. radikální mastektomie – odstraní se celá prsní žláza i s kůží, 2. kůži šetřící mastektomie – odstraní se celá prsní žláza i s areolou a bradavkou, zůstává kůže prsu a 3. subkutánní mastektomie – odstraní se celá prsní žláza, zůstává zachována kůže s areolou a bradavkou. Rekonstrukce prsu po ablaci pro zhoubný nádor je technicky možná téměř vždy, je ale nutno tuto operaci provést po domluvě s onkologem na základě vyšetření, zdravotního stavu a prognózy pacientky. Úkolem pro rekonstrukčního chirurga je náhrada chybějícího prsu při nejvyšší snaze o vytvoření symetrie a přirozeného prsu. V podstatě připadají v úvahu dvě možné cesty rekonstrukce prsu, a to rekonstrukce vlastní tkání a rekonstrukce prsní protézou – implantátem. Dále se obě metody dělí na desítky různých typů a modifikací. Snaha je o co nejdokonalejší rekonstrukci a obě metody lze navzájem kombinovat. U všech výkonů je velmi důležité probrat rizika, komplikace, průběh doléčování a ostatní aspekty výkonu s lékařem ještě před operací.

O **Léčbě a terapii sekundárního lymfedému** pohovořila MUDr. Naděžda Vojáčková z Medicínského centra Anděl, Praha 5.

U pacientek po operaci karcinomu prsu se může objevit komplikace v podobě lymfatického otoku, který vzniká poruchou lymfatické drenáže a zásahem do lymfatických uzlin buď operací nebo radioterapií. Má to svoje důsledky, otok může vyvolávat bolestivé pocity, pocity tíhy a pnutí, dochází k omezení pohyblivosti i funkce postižené končetiny a zároveň ke snížení kvality života.

Odhadovaný výskyt otoku v souvislosti s léčbou karcinomu prsu je 35 – 65 % a výskyt nekončetinového otoku (na hrudníku, zádech apod.) 10 %.

Při mapování sentinelové uzliny vzniká otok v 5-9 %. Riziko rozvoje otoku odvisí od řady faktorů, především od rozsahu a typu terapie, pravděpodobnost zvyšuje obezita (BMI 30 a více), infekce, chemoterapie, pravděpodobně i životní styl. Péče o pacienty s lymfedénem vyžaduje komplexní a individuální přístup a interdisciplinární spolupráci. Základem stanovení diagnózy je anamnéza, fyzikální vyšetření a lokální nález. V některých případech je nezbytné doplnit přístrojová vyšetření (lymfoscintigrafie, ultrasonografie, CT vyšetření).

Léčba je kombinovaná a zahrnuje: manuální a přístrojovou lymfodrenáž, péči o kůži a úpravu životního režimu, zevní kompresi (vícevrstevná a jednoduchá bandáž, elastické návleky), speciální podpůrná pohybová a dechová cvičení.

Léčba probíhá ve dvou fázích: fáze redukce otoku a fáze udržovací. Fáze redukce otoku je intenzivní léčebná kúra, která může probíhat ambulantně nebo za hospitalizace. Fáze udržovací je dlouhodobá, zpravidla celoživotní a probíhá za ambulantních kontrol lymfologem. Cílem léčby je zmenšení objemu končetiny (postižené oblasti) a udržení stavu, prevence komplikací, zlepšení mobility a zlepšení kvality života.

V následující části programu Sympozia jsme se posunuli do oblasti radioterapie a prezentaci na téma **Možnosti zevní radioterapie v léčbě karcinomu prsu** přednesla MUDr. Tereza Drbohlavová z Ústavu radiační onkologie Nemocnice Na Bulovce. Radioterapie a obecně léčba zářením je po chirurgii nejúčinnější konzervativní léčebnou protinádorovou metodou. Rozdělujeme ji na teleterapii, kde zdrojem záření je přístroj mimo těla pacienta, který zvnějšku a přes kůži ozařuje cílový objem a brachyterapii, kdy zdroj záření je zaveden do těsné blízkosti ložiska nebo přímo orgánu či tkáně s nádorem, event. do jeho lůžka. Oba přístupy se mohou kombinovat nebo používat samostatně. Hlavní cíl radioterapie je s maximální přesností dopravit do přesně definovaného cílového objemu dostatečnou dávku záření v určitém čase a s minimálním zatížením zdravých tkání, tedy na správné místo správnou dávku. Dále byly probrány jednotlivé indikace záření v závislosti na volbě léčebné strategie stanovené multidisciplinárním týmem - záření kurativní, adjuvantní, paliativní, kombinace se systémovou léčbou, operačním výkonem, ev. brachyradioterapií a načasování ("timing") radioterapie. Další část přednášky byla zaměřena na představení samotného procesu plánování léčby zářením od vstupního pohovoru, přes lokalizaci až po zahájení a průběh léčby. Závěrem byla předvedena kazuistika pacientky, která prošla adjuvantní radioterapií prsu recentně a na jejím příkladu byla vysvětlena akutní toxicita radioterapie.

Zajímavý výklad velmi názorně doplnila MUDr. Emanuela Kmoníčková z Ústavu radiační onkologie, Nemocnice Na Bulovce informacemi **o Intersticiální brachyradioterapii po parciálních chirurgických výkonech u žen s karcinomem prsu**.

Nejdříve vysvětlila význam slova brachyradioterapie, odvozené od slova brachos – řecky krátký. Smyslem brachyradioterapie je zdroj záření co nejvíce přiblížit cílovému objemu, to znamená oblast, do které chceme dopravit určitou dávku. Obvykle cílovým objemem může být nádor, okolí nádoru nebo místo po nádoru odstraněném. Obecně filozofie radioterapie je taková, že jakýkoliv nádor bychom vlastně zářením dokázali vyléčit, i nádor, který je velmi radiorezistentní, čili necitlivý, ale dávka by byla tak ohromná, že dříve nežli bychom odstranili nádor, tak bychom zlikvidovali zdravé okolní tkáně. Takže úkolem je kompromis – zničit to nežádoucí a zachovat nebo co nejméně ublížit tomu zdravému a k tomu je právě brachyterapie vhodná. Adjuvantní radioterapie je standardní léčbou u pacientek s karcinomem prsu po prs zachovávajícím operačním výkonu. Po odstranění nádoru se celý zbytek žlázy a příslušná stěna hrudní ozařuje zevní radioterapií s cílem zlikvidovat ev. subklinické zbytkové onemocnění. Snížení pravděpodobnosti vzniku lokální recidivy pak dosáhneme tzv. dozářením lůžka po odstraněném nádoru. K dozáření lůžka nádoru je možno použít zevního ozáření nebo intersticiální brachyterapie. Dle četných studií je správně provedená brachyterapie úspěšnějším typem léčby ve smyslu snížení rizika lokální recidivy. I kosmetický efekt léčby je při pečlivě provedené aplikaci u brachyterapie lepší. Výhodou brachyterapie je koncentrace vysoké dávky záření přímo do lůžka po nádoru, přesné zacílení ozařovaného místa, jednodenní výkon a šetření okolních zdravých orgánů. Nevýhodou je jednodenní hospitalizace k výkonu a nutnost provedení celkové anestézie. Do místa lůžka po odstraněném nádoru se umístí pomocí plastového můstku několik dutých kovových jehel. Po kontrole umístění jehel se vyhotoví ozařovací plán a následuje několikaminutové ozáření. Během záření je pacientka v aplikační místnosti sama, je sledována průmyslovou kamerou. Zdroj záření zajede automaticky do aplikátorů (jehel) a po ozáření zpět do ozařovače. Poté se jehly z prsu odstraní, nasadí se sterilní krytí vpichů s mastným tylem. Pacientky ve většině případů nepocítí během celé procedury žádnou bolest. Pečlivě a správně provedený výkon zajišťuje vysoké procento lokální kontroly, tzn. že zamezí vzniku lokální recidivy.

Poslední přednáška se týkala **Karcinomu prsu u mužů** a problematiku vysvětlila přítomným MUDr. Michaela Fridrichová z Ústavu radiační onkologie Nemocnice Na Bulovce.

Skutečností je, že prsní žláza u mužů není tak vyvinutá jako u žen. Nádory prsů u mužů jsou relativně vzácné, tvoří 1% všech karcinomů prsu celkově. V ČR v r. 2010 bylo postiženo 57 mužů a 21 z nich zemřelo. Typy karcinomů jsou identické jako u žen, jedná se o – infiltrativní duktální karcinom, duktální karcinom in situ, inflamatorní karcinom prsu a Pagerovu chorobu bradavky. Mezi rizikové faktory patří vyšší věk, expozice estrogenům, pozitivní rodinná anamnéza, syndromy (zejm. Klinefelterův syndrom), onemocnění jater, obezita, radiační zátěž, orchiektomie a zánětlivé změny varlat). Diagnostika a terapie je stejná jako u žen. Vzhledem k tomu, že se jedná o atypické onemocnění pro muže, je nutná zvýšená psychická podpora pacienta. Průběh onemocnění je srovnatelný jako u žen, statistiky nejsou k dispozici, protože se jedná o příliš vzácné onemocnění. U karcinomu prsu u mužů je nutné genetické vyšetření, především když nejsou sporadické, když je postižen minimálně jeden člen v nejbližší rodině.

Na závěr celodenního Sympozia byla otevřena diskuze k jednotlivým přednáškám. Pro přítomné laiky, onkologické pacienty, zdravotní sestry i lékaře bylo jistě významným odborným přínosem. Sympozium bylo Českou lékařskou komorou zařazeno do postgraduálního vzdělávání s ohodnocením 3 kredity.