



PORADNIK

DLA KOBIET Z Wczesnym Rakiem Piersi



Dla kogo jest ten poradnik?

Droga Pacjentko!

Jeśli trzymasz w rękach ten poradnik, to znaczy, że właśnie dowiedziałaś się, że chorujesz na wczesnego raka piersi. To trudny moment, który zaburza dobrze znany Ci rytm życia i popycha w stronę nieznanego. Na pewno odczuwasz teraz wiele różnych emocji i zadajesz sobie wiele pytań – Dlaczego mnie to spotkało? Co mnie czeka? Jak będzie wyglądało moje leczenie i jaki efekt przyniesie? Chcę, żebyś wiedziała, że to, co teraz odczuwasz, jest zupełnie normalną reakcją na diagnozę. To dobrze, że zadajesz sobie te pytania – szukanie odpowiedzi na nie i zdobywanie wiedzy da Ci siłę i pozwoli oswoić się z chorobą i z tym, co Cię czeka. Wiedz, że jako pacjentka masz wpływ na swoje leczenie – możesz np. dokonać wyboru ośrodka, w którym będzie odbywała się terapia (dobrze, aby był to ośrodek, który oferuje pacjentkom z rakiem piersi kompleksowe leczenie), wspólnie z lekarzem podejmować decyzje terapeutyczne czy pomóc sobie pozytywnym myśleniem przy wsparciu psychoonkologa. Ten poradnik powstał, aby wesprzeć Cię w pierwszym, trudnym momencie zaraz po diagnozie i dać wiedzę potrzebną do podjęcia czekających Cię decyzji. Znajdziesz tu informacje, które pozwolą Ci zrozumieć, czym właściwie jest rak piersi i jak przygotować się do poszczególnych etapów leczenia czy wizyt u specjalistów, którzy będą się Tobą opiekowali. Dowiesz się, na co zwrócić uwagę, gdzie możesz szukać pomocy i poszerzać swoją wiedzę. To bardzo ważne, abyś od początku zbierała informacje na temat swojej choroby – wiedza daje siłę i przywraca uczucie panowania nad sytuacją, ułatwia poruszanie się w systemie oraz kontakt z lekarzami. Dlatego nie bój się szukać informacji i rozmawiać o uzyskanej wiedzy ze swoim lekarzem. Mam nadzieję, że ten poradnik odpowie na pytania, które Ci teraz towarzyszą, uspokoi nerwy, pomoże odnaleźć się w nowej sytuacji i zachęci do pogłębiania wiedzy.

dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy



Jeżeli zdiagnozowano u Ciebie wczesnego HER2+ raka piersi, zajrzyj na stronę:

www.wyleczrakapiersi.pl



więcej informacji na str. 29 naszego poradnika



Spis treści

Co oznacza diagnoza rak piersi?	5
Dlaczego to ważne, abyś wiedziała, jaki masz podtyp nowotworu?	6
Co to znaczy wczesny rak piersi?	7
Jakie badania Cię czekają?	10
Jak czytać wyniki badania histopatologicznego?	13
Gdzie się leczyć?	20
Jak przygotować się do wizyty u onkologa?	21
Jak przygotować się do wizyty u chirurga onkologa?	21
Co to jest konsylium i o co możesz zapytać?	22
Czym jest leczenie przedoperacyjne?	24
Czym jest odpowiedź patologiczna (pCR) i dlaczego warto o nią walczyć?	25
Czy można zachować płodność po leczeniu raka piersi?	25
Czy możliwe jest leczenie raka piersi w ciąży?	28
Czy raka piersi można wyleczyć?	29
Gdzie możesz szukać pomocy?	30
Chcesz wiedzieć więcej?	32
Słowniczek pojęć	34
Notatki	38



4



Co oznacza diagnoza rak piersi?

Rak piersi jest chorobą niejednorodną, co oznacza, że dzieli się na kilka podtypów, z których każdy cechuje się czymś innym. Wyróżniamy:

- ★ **Rak hormonozależny (luminalny)** – występuje najczęściej (u ok. 70% zdiagnozowanych kobiet). W przypadku tego podtypu stwierdza się obecność receptorów hormonalnych. Leczenie systemowe opiera się głównie na hormonoterapii, ale czasem stosuje się także chemioterapię.
- ★ **HER2-dodatni** – to drugi najczęściej występujący podtyp (dotyczy ok. 18-20% kobiet z rakiem piersi). Z jednej strony to agresywna postać raka, która szybko się rozwija i daje przerzuty, ale z drugiej strony – dobrze reaguje na terapię celowaną, czyli taką, którą dobiera się konkretnie do rodzaju nowotworu, aby była jak najbardziej skuteczna dla pacjentki. W tym podtypie ważne jest zastosowanie terapii anti-HER2.
- ★ **Potrójnie ujemny rak piersi** – to najrzadziej występujący podtyp nowotworu – ok. 10% przypadków. U pacjentek z tym podtypem brakuje receptorów hormonalnych i receptorów HER2. W tym rodzaju nowotworu ma zastosowanie głównie chemioterapia, a u części chorych również immunoterapia.

Zatem pojęcie „rak piersi” jest dość ogólne i nie ogranicza się jedynie do umiejscowienia nowotworu.



Dlaczego to ważne, abyś wiedziała, jaki masz podtyp nowotworu?

Wiedza o podtypie nowotworu jest bardzo ważna, ponieważ to na jego podstawie lekarze dobierają najlepsze dla Ciebie leczenie. A co Tobie da wiedza o podtypie raka piersi? Przede wszystkim pozwoli Ci aktywnie uczestniczyć w planowaniu Twojego leczenia i czuć się bardziej pewną i świadomą pacjentką. Dlatego upewnij się, że miałaś wykonane badania oznaczające receptory hormonalne: estrogenowe i progesteronowe, receptor HER2 oraz wskaźnik tempa namnażania (prolifracji) komórek nowotworowych Ki-67 (*więcej informacji na temat tych badań znajdziesz w dziale: Jak czytać wyniki badania histopatologicznego – strona 12 poradnika*).

Podczas poszukiwań informacji o raku piersi, upewnij się, że na pewno dotyczą one Twojego podtypu nowotworu, gdyż dla każdego z nich terapia wygląda inaczej.



Co to znaczy wczesny rak piersi?

W rozwoju nowotworu można wyróżnić trzy stadia: wczesny, miejscowo zaawansowany i zaawansowany (stopień zaawansowania określa się jako: 0, I, II, III). O wczesnym raku piersi mówimy, gdy zaawansowanie jest określone jako 0, I lub II. Guz w tych stadiach może mieć różną wielkość. Stadium 0 to postać przedinwazyjna (zwana inaczej in situ), co oznacza, że nowotwór jest w początkowej fazie rozwoju – komórki rakowe umiejscawiają się w przewodach lub zrazikach piersi i nie rozprzestrzeniają się do sąsiednich tkanek.

W stadium I guz może mieć nie więcej niż 2 cm z obecnością lub brakiem mikroprzerzutów w węzłach chłonnych pachowych.

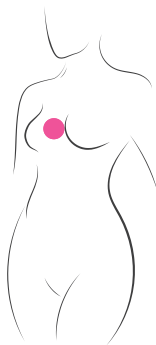
W stadium II guz może mieć wielkość do 5 cm przy zajęciu węzłów chłonnych pachowych lub powyżej 5 cm bez zajęcia węzłów chłonnych. Wczesny rak piersi (czyli stadia 0-II) jest ograniczony do gruczołu piersiowego. Węzły chłonne mogą być wolne lub zajęte przez komórki nowotworowe. Nie występują przerzuty do narządów odległych ani nie nacieka on skóry czy klatki piersiowej.

W III stadium guz może mieć każdą wielkość z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych pachowych i/lub węzłów pod/nadobojczykowych czy piersiowych. Może naciekać skórę. To stadium miejscowego zaawansowania, w którym (poza wyjątkami) zasady leczenia są takie, jak we wcześniejszych stadiach raka piersi.



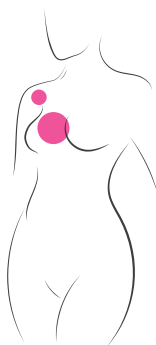
Stadia rozwoju raka piersi

Wczesny rak piersi stadium 0 (rak in situ/rak przedinwazyjny)



Stopień „0” rozpoznawany jest w przypadku bardzo wczesnej postaci nowotworu piersi, do której kwalifikowane są raki nienaciekające (przedinwazyjne). W tym stadium choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna, a prowadzone postępowanie terapeutyczne ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz zapobieganie wystąpieniu raka inwazyjnego.

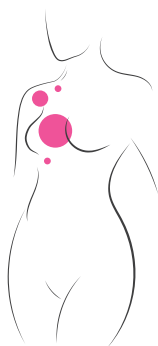
Wczesny rak piersi stadium I i II



Rak piersi w stopniu I oraz II oznacza stadium choroby, w którym lokalizacja komórek nowotworowych jest nadal ograniczona do gruczołu piersiowego i /lub najbliższych pachowych węzłów chłonnych.



Miejscowo zaawansowany rak piersi stadium III



Rak piersi w stopniu III nazywany jest miejscowo zaawansowanym i oznacza przerzuty nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych pachowych i /lub węzłów pod/nadobojczykowych czy piersiowych przy braku przerzutów do narządów odległych. Może naciekać skórę i ścianę klatki piersiowej czy też przybrać postać raka zapalnego.

Zaawansowany rak piersi



Uogólniony (rozsiany) rak piersi jest najbardziej zaawansowaną postacią tego nowotworu (wg klasyfikacji TNM jest to nowotwór w stopniu IV) i oznacza obecność przerzutów odległych, np. w kościach, płucach, wątrobie lub w mózgu. Zaawansowany rak piersi to także stadium nawrotu choroby, za które uznajemy zarówno miejscową wznowę, jak i przerzuty w odległych narządach. Nawrót raka piersi następuje u około 20% chorych po wcześniejszym leczeniu radykalnym¹.

1. Łacko A. Leczenie w stadium uogólnienia i nawrotów. [aut. książki] Jassem J. i Krzakowski M. Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Gdańsk: Via Medica, 2009.

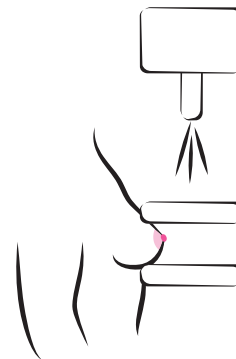
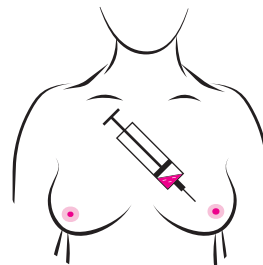


Jakie badania Cię czekają?

Raka piersi rozpoznaje się na podstawie badań obrazowych i badania histopatologicznego. Polega ono na pobraniu tkanki guza za pomocą biopsji i poddaniu jej ocenie pod mikroskopem. Po biopsji nie będziesz musiała zostawać w szpitalu. Pamiętaj jednak, że **rozpoznanie raka piersi wraz z określeniem jego podtypu jest możliwe na podstawie biopsji gruboigłowej (na podstawie biopsji cienkoigłowej rozpoznamy raka, ale nie określimy wiarygodnie receptorów).**

Badania obrazowe, na które może skierować Cię lekarz w celu diagnostyki nowotworu:

- ★ **Mammografia** – pozwala ocenić wielkość guza oraz czy nie jest on wieloogniskowy (tj. występują liczne zmiany w jednej piersi). Zawsze powinno się wykonać badanie obu piersi, ponieważ, po pierwsze – nowotwór może być jednocześnie obustronnym rakiem piersi, a po drugie – w jednej piersi pacjentka może mieć kilka ognisk raka. Może się nawet zdarzyć, że będą to nowotwory o różnym podtypie biologicznym. Jeśli mammografia wykaże dwa





ogniska nowotworowe, to trzeba zlecić dwie biopsje. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy drugi guz jest za mały, żeby wykonać biopsję gruboigłową lub zmiany są położone zbyt blisko siebie – wówczas tego badania się nie wykonuje. Mammografię należy wykonać zawsze w ramach diagnostyki nowotworu.

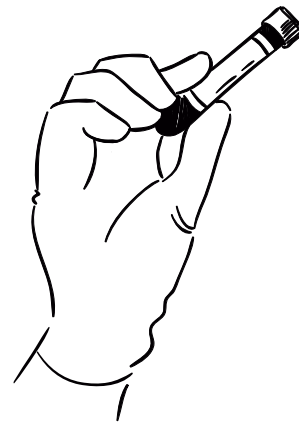
- ★ **USG** – pozwala ocenić wielkość zmiany i czy w regionalnych węzłach chłonnych występują przerzuty. Jeśli węzły chłonne są powiększone lub mają zmienioną strukturę, powinno się wykonać biopsję. Wystąpienie przerzutów również wpływa na dobór metody leczenia. Często to właśnie w badaniu USG piersi lekarz po raz pierwszy widzi guz. Zawsze w takim przypadku konieczne jest wykonanie mammografii.

- ★ **RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej** – to badania dodatkowe, wykonywane w celu stwierdzenia czy występują przerzuty.

- ★ **Scyntygrafia kości, tomografia komputerowa albo badanie PET** – kolejne badania uzupełniające, które mają na celu sprawdzenie m.in. czy występują przerzuty.



- ★ **Badanie krwi** – niezbędne przed przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego czy włączeniem chemioterapii.
- ★ **Badanie EKG i echo serca** – te badania wykonuje się w niektórych przypadkach, aby ocenić czy pacjentka kwalifikuje się do potencjalnego przyjmowania leków, po których mogą wystąpić kardiotoksyczne działania niepożądane. Chemioterapia może mieć niekorzystny wpływ na serce i zwiększać ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych. Dlatego, aby oszacować prawdopodobieństwo ich wystąpienia, ważna jest kontrola stanu serca.



Jak czytać wyniki badania histopatologicznego?

W opisie badania histopatologicznego powinny znaleźć się następujące informacje:

★ Określenie rodzaju wykonanego badania:

- **CB/CNB** (*core needle biopsy*) – oznacza biopsję gruboigłową.
- **VAB** (*vacuum assisted biopsy*) – czyli biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią, która dostarcza większych objętościowo wycinków, ale jest metodą bardziej inwazyjną.

★ Określenie typu histopatologicznego:

- Rak **mikroinwazyjny** (*microinvasive carcinoma*) – dominująca część guza jest nienaciekająca (rak *in situ*), a ogniska naciekania (jedno lub więcej) nie przekraczają 0,1 cm.
- Rak **naciekający** bez specjalnego typu (*invasive carcinoma of no special type; NST*) – określa grupę raków przewodowych bez sprecyzowanych cech morfologicznych.
- Rak **naciekający zrazikowy** (*invasive lobular carcinoma*) – jest drugim co do częstości typem histologicznym. Wywodzi się ze zrazików, a jego komórki nie przylegają ściśle jedna do drugiej. Dlatego w raku zrazikowym, częściej niż w innych typach, możemy spotkać większą liczbę ognisk, a wielkość zmiany stwierdzana w badaniach obrazowych jest zwykle zaniżona w stosunku do pomiaru dokonywanego przez patologa.





- Rak **cewkowy** (*tubular carcinoma*) – typ raka przewodowego inwazyjnego, cechuje się lepszymi rokowaniami, a prawdopodobieństwo przerzutów jest niższe.
- Rak **sitowaty** (*cribriform carcinoma*) – rośnie wolno i nie tworzy przerzutów.
- Rak **śluzowy** (*mucinous carcinoma*) – typ raka przewodowego inwazyjnego, który wyróżnia się śluzowym podścieliskiem, rośnie wolno i rzadziej tworzy przerzuty do węzłów chłonnych.
- Rak **metaplastyczny** (*metaplastic carcinoma*) – w jego utkaniu mogą być obecne domieszki innych tkanek, w związku z czym nie można go inaczej sklasyfikować.
- Rak **rdzeniasty** (*medularny*) (*medullary carcinoma*) – ma tendencję do powolnego wzrostu, zwykle nie rozprzestrzenia się poza piers i częściej niż inne formy występuje w zespołach genetycznie uwarunkowanych (mutacje genów BRCA 1 i BRCA 2).

Typ histopatologiczny dostarcza informacje, z jakich tkanek powstał nowotwór i czy jest naciekający, czy przedinwazyjny. Określenie typu raka ułatwia lekarzowi ocenę rokowania i podjęcie decyzji, co do leczenia.

★ **Stopień złośliwości histologicznej:**

Określa się literą „G” oraz cyfrą:

- G1** – w tym stopniu komórki raka są najbardziej podobne do komórek prawidłowej tkanki piersi, z której powstały; to oznacza niski stopień histologicznej złośliwości nowotworu.
- G2** – oznacza umiarkowane różnice między zdrowymi, a zajętymi przez nowotwór tkankami, czyli pośredni stopień histologicznej złośliwości nowotworu.
- G3** – ten stopień wskazuje na dużą różnicę między tkankami nowotworowymi, a zdrowymi, co oznacza wysoki stopień histologicznej złośliwości nowotworu.



Stopień złośliwości histologicznej jest wskaźnikiem, który określa prawdopodobieństwo tego, jak nowotwór może się rozwijać oraz rozprzestrzeniać na inne tkanki. Jeśli komórki nowotworowe są podobne do prawidłowej tkanki piersi, to te nowotwory zwykle rozwijają się wolniej niż w przypadku komórek niskozróżnicowanych. Im wyższy jest wskaźnik „G”, tym nowotwór jest bardziej złośliwy. Niższy stopień złośliwości histologicznej wskazuje na lepsze rokowanie. Nowotwór o wyższym stopniu złośliwości może rosnąć i rozsiewać się znacznie szybciej – wymaga natychmiastowego rozpoczęcia terapii i zastosowania silniejszych leków.



Określenie stopnia złośliwości histologicznej obok stadium zaawansowania klinicznego w klasyfikacji TNM jest standardowym elementem oceny nowotworu.

★ **Indeks Ki67:**

Świadczy o szybkości podziału komórek nowotworowych – im szybciej komórki się namnażają, tym prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów jest większe. **Za niski poziom indeksu Ki67 przyjmuje się wartość do 20%** – kryterium dla Ki67 nie zostało ostatecznie ustalone. W Polsce, w zależności od laboratorium, przyjmuje się, że niska proliferacja (namnażanie się komórek) mieści się w zakresie 20-29%. Powyżej tej wartości mówimy o wysokim indeksie Ki67².

★ **Status receptorów estrogenowych (ER) i progesteronowych (PgR):**

To wartość, która mówi nam, czy nowotwór jest, czy nie jest hormonozależny. **Za dodatnie uznaje się raki wykazujące ekspresję (obecność) receptorów hormonalnych przynajmniej 1% komórek nowotworowych. Ekspresja receptorów hormonalnych występuje w 70-75% raków piersi (częściej u kobiet po menopauzie), jest związana z niższym stopniem złośliwości histologicznej, niższą dynamiką wzrostu guza, rzadszą nadekspresją receptora HER2, określoną lokalizacją ognisk przerzutowych (tkanki miękkie i kości) oraz niższym odsetkiem nawrotów choroby.** Ocenie poddaje się zawsze oba receptory. Jest to ważny parametr, od którego zależy, czy można zastosować terapię hormonalną.



2. http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_05_Rak%20piersi_20190214.pdf.

★ Receptor HER2

Do oceny obecności receptora HER2 stosuje się dwie metody:

- **Immunohistochemię (IHC)** – metoda uznana obecnie za standard, ocenia nadekspresję białka HER2.

Wyniki tego badania podaje się w skali od 0 do 3+, przy czym:

- **0 i 1+** – wyniki uznaje się za ujemne
 - **2+** – wynik jest graniczny i wymaga dodatkowej oceny przy użyciu innej metody
 - **3+** – wynik uznaje się za dodatni
- **Hybrydyzacja *in situ* (ISH)** – pozwala wykryć specyficzną sekwencję DNA. Jest zalecana każdorazowo w przypadku, gdy wynik oznaczenia ekspresji białka jest niejednoznaczny. HER2 jest białkowym receptorem, który przekazuje komórkom sygnały związane z kontrolą ich wzrostu i funkcjonowania. Kiedy białek HER2 jest za dużo, mówi się wtedy o nadekspresji, która związana jest z szybszym rozrostem komórek nowotworowych. HER2 nie występuje we wszystkich typach raka piersi, ale jego obecność stanowi podstawę do zastosowania leczenia anty-HER2.



★ **Kategoria diagnostyczna:**

B1 – oznacza, że materiał zawiera zdrową tkankę.

B2 – w pobranym materiale wykryto zmiany łagodne (np. gruczolako-włókniak), które mogą wymagać częstszych badań kontrolnych.

B3 – tą kategorią określa się zmiany, które mają łagodną budowę (histologię), ale mogą wykazywać zmienność lub zwiększone ryzyko związane ze złośliwością (np. brodawczaki). Wymagają one wycięcia lub ścisłej obserwacji. Częstotliwość badań kontrolnych wskaże lekarz.

B4 – do tej kategorii zalicza się obrazy podejrzane o raka, ale ze względu na ograniczoną liczbę komórek nowotworowych nie można postawić ostatecznej diagnozy. W takim przypadku potrzebne jest pobranie kolejnego materiału do dalszej diagnostyki lub wycięcie zmiany do oceny histopatologicznej.

B5 – w pobranym materiale jednoznacznie stwierdza się nowotwór, przy czym określa się również, czy jest to:

- **B5a** – rak in situ – najwcześniejsze stadium raka, który nie rozprzestrzenił się do okolicznych tkanek.
- **B5b** – rak naciekający – rak, który rozprzestrzenił się na tkanki piersi lub poza nią (np. do węzłów chłonnych lub odległych narządów).



★ Kategorie podtypów molekularnych:

- luminalny A
- luminalny B (HER2-ujemny)
- luminalny B (HER2-dodatni)
- HER2-dodatni (nieluminalny/hormononiezależny)
- trójujemny przewodowy (potrójnie ujemny)

Każdy podtyp molekularny determinuje inne leczenie. Jednak leczenie ostatecznie wybrane przez onkologa zależy również od innych parametrów, takich jak: wiek, stan kliniczny pacjentki, stopień złośliwości histologicznej czy zaawansowanie raka.

★ Komentarz:

To pole wypełnia patomorfolog (czyli lekarz, który bada tkanki pobrane podczas biopsji). W tym miejscu, obok wyniku badania histopatologicznego, może umieścić dodatkowe informacje (np. materiał, który miał być poddany ocenie przez patologa nie nadaje się do oceny lub potrzebne jest pobranie kolejnego materiału ze względu na konieczność wykonania dodatkowych badań).



Gdzie się leczyć?

Pamiętaj, że masz prawo wyboru i decydowania o miejscu swojego leczenia i operacji. Możesz także w każdej chwili dokonać zmiany tego ośrodka.

Dobrze, abyś zgłosiła się tam, gdzie jest możliwość kompleksowej diagnostyki i leczenia. W przypadku raka piersi ważne jest, żebyś leczyła się w tzw. Breast Cancer Unit (ośrodku specjalizującym się w skoordynowanym leczeniu raka piersi) lub w dużym ośrodku jak np. Centrum Onkologii, w którym pracuje doświadczony personel, dzięki czemu uzyskasz najwyższą jakość opieki. Najczęściej w tych ośrodkach prowadzone są również badania kliniczne, dzięki czemu możesz zyskać dostęp do terapii, które nie są jeszcze rutynowo stosowane.

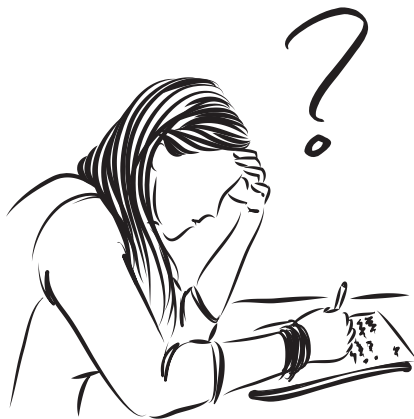
Wiele pacjentek decyduje się na wybór ośrodka niedaleko swojego miejsca zamieszkania, żeby było blisko. Tymczasem odległość nie powinna być dla Ciebie kryterium przy podejmowaniu decyzji o ośrodku, w którym będziesz się leczyć.

Listę ośrodków specjalizujących się w leczeniu raka piersi znajdziesz na stronie: **www.wyleczrakapiersi.pl**



Jak przygotować się do wizyty u onkologa?

Pierwsza wizyta u onkologa może wzbudzać wiele emocji, w tym strach, ale pamiętaj, że lekarz chce Ci pomóc. W stresie mogą Ci umknąć ważne rzeczy, o których powinnaś powiedzieć lub o które chciałabyś zapytać. Dlatego przed wizytą możesz sporządzić listę chorób współtowarzyszących i leków, które zażywasz – zarówno tych, które przyjmujesz regularnie, jak i od czasu do czasu. Na pewno do głowy przed wizytą przychodzi Ci wiele pytań – spisz je również i nie bój się ich zadać lekarzowi.



Na pierwszą wizytę u lekarza onkologa możesz zabrać ze sobą bliską Ci osobę – nie musi to być członek Twojej rodziny. Nie tylko będzie Ci rażniej – taka osoba może również zadawać pytania, pomoże Ci zapamiętać więcej szczegółów i informacji lub robić notatki z wizyty.

Jak przygotować się do wizyty u chirurga onkologa?

Wizyta u chirurga onkologa ma na celu przeprowadzenie diagnostyki i ustalenie planu leczenia. Bardzo ważne jest, abyś zabrała ze sobą wszystkie dotychczasowe wyniki badań i wypisy z poprzednich hospitalizacji. Tak jak w przypadku wizyty u lekarza onkologa – również do chirurga onkologa zabierz ze sobą listę zawierającą informacje na temat chorób i przyjmowanych leków oraz pytań.



Co to jest konsylium i o co możesz zapytać?

Konsylium jest zebraniem zespołu osób zaangażowanych w proces leczenia pacjentki z rakiem piersi, które oceniają wyniki badań i na ich podstawie dyskutują i dobierają najlepszą metodę leczenia.

W konsylium udział biorą:

- ★ chirurg onkolog
- ★ onkolog kliniczny
- ★ radioterapeuta
- ★ radiolog
- ★ psycholog/psychoonkolog
- ★ koordynator – najczęściej tę rolę pełni pielęgniarka specjalizująca się w opiece nad pacjentkami chorymi na raka piersi
- ★ sekretarka medyczna – jej rolą jest spisanie protokołu konsylium



Zapytaj lekarza onkologa, jeśli sam nie zaproponował Ci udziału w konsylium, czy możesz wziąć w nim udział – będziesz miała możliwość zadania pytań o swoje leczenie całemu zespołowi ekspertów. Na konsylium możesz pojawić się z osobą towarzyszącą – spotkanie z gronem lekarzy może być stresujące – wtedy taka osoba nie tylko Cię wesprze psychicznie, ale będzie mogła zadawać za Ciebie pytania czy robić notatki.

Oto lista przykładowych pytań, jakie możesz zadać podczas konsylium:

- Jakie są rokowania w moim typie nowotworu?
- Co to dla mnie oznacza?
- Czy mam szansę na całkowite wyleczenie?
- Jaki jest plan leczenia?
- Czy będę w szpitalu, czy mogę przyjeżdżać na chemię czy radioterapię?
- Jeśli mam przebywać w szpitalu, to jak długo? Czy to jest jeden pobyt czy kilka?
- Czy będę mogła pracować?
- Czy operacja jest konieczna?
- Czy będę miała zastosowane leczenie przedoperacyjne w celu zmniejszenia guza?
- Czy możliwe jest oszczędzenie piersi, czy konieczna jest mastektomia?
- Czy są jakieś badania kliniczne nad nowoczesnym lekiem, w których mogłabym wziąć udział?
- Czy są jakieś leki nierefundowane, których zastosowanie w znaczący sposób zwiększyłoby moje szanse na pokonanie nowotworu?
- Ile czasu będzie trwało leczenie?
- Jak powinnam się przygotować do chemioterapii?



- Jakich działań niepożądanych powinnam się spodziewać?
- Czy otrzymam w szpitalu leki przeciwwymiotne, czy powinnam je wcześniej zacząć przyjmować?
- Czy mogę skorzystać z pomocy psychoonkologa?
- Czy są jakieś naturalne produkty, które mogą wzmocnić mój organizm?
- Czy są jakieś wskazówki odnośnie diety?
- Czy będę miała rehabilitację po zabiegu, czy czeka się na nią długo, czy powinnam zorganizować wcześniej rehabilitację na własną rękę?
- Czy możliwa jest operacja z jednoczasową rekonstrukcją?

Czym jest leczenie przedoperacyjne?

Leczenie przedoperacyjne (nazywane **neoadjuwantowym**) polega na zastosowaniu leczenia systemowego (np. chemioterapii, hormonoterapii lub leczenia celowanego anty-HER2) przed operacją.

Wiele pacjentek obawia się, że zastosowanie leczenia przedoperacyjnego i odłożenie zabiegu operacyjnego „na później” sprawi, że guz w piersi urośnie lub rozprzestrzeni się i będzie nie do opanowania. Tymczasem po to stosuje się leczenie przedoperacyjne, żeby zmniejszyć nowotwór. W niektórych przypadkach podczas takiego leczenia dochodzi nawet do całkowitego zniknięcia guza. Ponadto – podczas gdy leczenie chirurgiczne jest leczeniem miejscowym, to leczenie przedoperacyjne działa systemowo, czyli na cały organizm – na wszystkie komórki, czyli również na te, które ewentualnie mogły zostać drogą układu krwionośnego rozprzestrzenione po całym organizmie.



W terapii przedoperacyjnej raka piersi chodzi o to, abyś osiągnęła całkowitą odpowiedź patologiczną.

Czym jest odpowiedź patologiczna (pCR)

i dlaczego warto o nią walczyć?

Całkowita odpowiedź patologiczna (czyli **pCR** – z angielskiego **P**atological **C**omplete **R**esponse) polega na tym, że w badaniu histopatologicznym usuniętej piersi lub w jej usuniętym fragmencie po zakończeniu chemioterapii w ogóle nie było komórek nowotworowych – co oznacza, że doszło do całkowitego wyeliminowania nowotworu. Pacjentki uzyskujące całkowitą odpowiedź patologiczną mają lepsze rokowania i większe szanse, że rak piersi już nie nawróci. Częściej także można u tych pacjentek wykonać mniej rozległe zabiegi operacyjne, czyli leczenie oszczędzające zamiast mastektomii i wycięcie węzła wartowniczego zamiast całkowitego usunięcia węzłów chłonnych pachowych.

Czy można zachować płodność po leczeniu raka piersi?

Leczenie raka piersi może wpływać na płodność u młodych kobiet, dlatego, jeśli przed otrzymaniem diagnozy planowałaś macierzyństwo, koniecznie porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem onkologiem. Leczenie onkologiczne może spowodować zaburzenie płodności, w tym niepłodność. Zależy to od kilku czynników, m.in. wieku pacjentki, zastosowanych leków oraz ostatecznej liczby przyjętych dawek.



Dobrze, jeżeli powstrzymasz się od zachodzenia w ciążę przez cały okres terapii, ponieważ niektóre metody leczenia mogą być szkodliwe dla płodu, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży. Dlatego w okresie leczenia powinnaś zadbać o stosowanie środków antykoncepcyjnych. Leczenie, oprócz zaburzeń płodności, może wpłynąć na pojawienie się przedwczesnej menopauzy, a co za tym idzie – zahamowanie miesiączki. Jednak jej brak nie oznacza, że jesteś po menopauzie i na pewno nie zajdziesz w ciążę, dlatego tak ważne jest dodatkowe zabezpieczenie. Podczas choroby nowotworowej, do 5 lat od zakończenia leczenia, nie zaleca się jednak przyjmowania antykoncepcji hormonalnej, stąd odpowiednią metodę powinnaś dobrać w porozumieniu z lekarzem.

W ostatnich latach rozwinęły się metody leczenia onkologicznego chroniące płodność, które powinien przedstawić Ci lekarz i pomóc wybrać najlepszą dla Ciebie:

- **leki z grupy analogów GnRH** – ich zadanie polega na hamowaniu czynności jajników w trakcie chemioterapii.
- **krioprezervacja embrionów** – powszechnie znane jako zapłodnienie metodą *in vitro*. U pacjentek z rakiem piersi pozwala na zachowanie zarodków do momentu zakończenia terapii. Po stymulacji jajników i pobraniu komórek jajowych należy odroczyć leczenie uzupełniające o 4-6 tygodni. Jeżeli stymulacja jajników zostanie przeprowadzona bezpośrednio po operacji, to opóźnienie leczenia uzupełniającego nie będzie duże. Istnieje także możliwość pobrania komórek jajowych bez stymulacji, ale wówczas uzyskuje się tylko jedną komórkę.



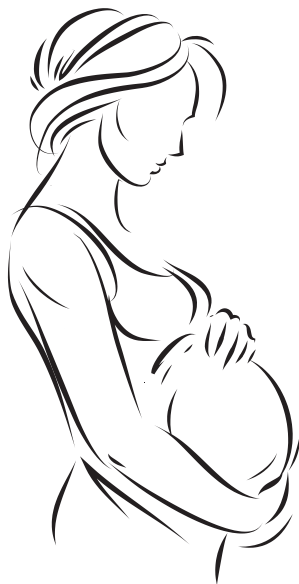
- **krioprezewacja oocytów** – w przeciwieństwie do krioprezewacji embrionów, zamraża się niezapłodnione komórki jajowe, co oznacza, że w momencie zamrażania, pacjentka nie musi posiadać partnera. Podobnie jak w przypadku poprzedniej metody, również ta wymaga stymulacji jajników, a w związku z tym może opóźnić rozpoczęcie chemioterapii. Można tego uniknąć stosując metodę *in vitro maturation*, która polega na pobraniu jeszcze niedojrzałych oocytów.
- **krioprezewacja tkanki jajnikowej** – metoda polegająca na pobraniu, jeszcze przed leczeniem, fragmentów jajnika, które są następnie zamrażane i przechowywane. Po zakończeniu terapii tkanka jajnika jest implantowana w otrzewnej, co pozwala na zajście w ciążę w sposób naturalny.

Przeważnie zaleca się, aby odczekać ze staraniami o dziecko 2-3 lata od zakończenia leczenia onkologicznego. Taki okres potrzebny jest organizmowi na regenerację.



Czy możliwe jest leczenie raka piersi w ciąży?

Jeśli dowiedziałaś się o raku piersi podczas ciąży, pamiętaj, że choroba nowotworowa nie oznacza konieczności jej usunięcia! Ciąża nie pogarsza rokowania w porównaniu do kobiet, które dowiedziały się o raku nie będąc w ciąży.



Ciąża nie jest przeciwwskazaniem do opóźnienia leczenia onkologicznego.

Operację chirurgiczną można przeprowadzić w każdym trymestrze ciąży z zachowaniem bezpieczeństwa dziecka. Wyjątkiem jest operacja oszczędzająca, której nie wykonuje się w pierwszym trymestrze ciąży. Odłożona w czasie powinna być także decyzja o rekonstrukcji piersi, aby ograniczyć przedłużone znieczulenie operacyjne. Natomiast chemioterapię można rozpocząć w II lub III trymestrze ciąży – może być wprowadzona dopiero po operacji (leczenie adjuwantowe) lub przed operacją (neoadjuwantowe), co stosuje się w celu zmniejszenia guza i ułatwienia jego usunięcia.

Wdrożenie radioterapii (zamiast leczenia chirurgicznego lub jako uzupełniającą metodę, gdy podczas operacji nie udało się usunąć wszystkich komórek nowotworowych) **powinno być odroczone do momentu porodu.** Jeżeli jej włączenie do leczenia jest podyktowane ratowaniem życia matki, może zostać rozważona przy zabezpieczeniu płodu.



W niektórych przypadkach rozważa się rozwiązanie ciąży przy pomocy cesarskiego cięcia, ale zależy to od etapu, na którym znajduje się ciąża. Termin urodzeniu ustala z ciężarną wielospecjalistyczny zespół lekarski, ale nie wcześniej niż co najmniej na 2-3 tygodnie po ostatniej chemioterapii. Jednak większość kobiet może doczekać do terminu porodu i rodzić samoistnie.

**Pamiętaj – jest wiele kobiet,
które przeszły przez chorobę w ciąży i urodziły zdrowe dzieci!**

Czy raka piersi można wyleczyć?

W raku piersi, w porównaniu do innych nowotworów, odsetek wyleczeń jest bardzo wysoki. 5-letnie przeżycia w krajach o najwyższych standardach leczenia onkologicznego sięgają nawet 90%! Największe szanse na wyleczenie mają pacjentki, u których nowotwór został wykryty we wczesnym stadium.

W Polsce również poprawia się dostęp do nowoczesnych i skutecznych terapii, dzięki czemu pacjentki mogą być lepiej leczone, a w niektórych przypadkach nawet wyleczone. Pacjentki, u których nowotwór jest w zaawansowanym, nieuleczalnym stadium, mogą przeżyć wiele lat i pomimo choroby, cieszyć się dobrą jakością życia.



Gdzie możesz szukać pomocy?

Niekiedy ciężko jest sobie poradzić z emocjami towarzyszącymi podczas diagnozy. Pamiętaj jednak – nie jesteś sama! Jest wiele miejsc, w których możesz uzyskać pomoc – zaczerpnąć wiedzy lub po prostu porozmawiać.

★ **Psychoonkolog** – z jego pomocy możesz skorzystać na każdym etapie leczenia – od pierwszych objawów, ustalenia rozpoznania, terapii onkologicznej, aż po jej zakończenie. Psychoonkolog pełni dwie bardzo ważne funkcje:

- 1) wspierającą – szczerze możesz z nim rozmawiać o swoich uczuciach, myślach, a on pomoże Ci je poukładać.
- 2) edukacyjną – psychoonkolog zna terminologię medyczną i pomoże Ci ją zrozumieć. Ponadto doradzi, jak się przygotować do wizyty u lekarza, jak z nim rozmawiać, podpowie, o co warto zapytać.



- ★ **Stowarzyszenia pacjentów, organizacje pozarządowe, fundacje**, które specjalizują się w pomocy pacjentkom z nowotworem piersi. Są doskonałym źródłem wiedzy – nie tylko dzięki współpracy ze specjalistami w danej dziedzinie, uczęszczaniu na konferencje poświęcone tematyce onkologicznej, ciągłemu śledzeniu tematu, ale również dlatego, że zrzeszają osoby, które zmagają się lub zmagają z rakiem piersi, tworząc grupy wsparcia. Nikt tak dobrze nie zrozumie kobiety z rakiem piersi, jak inna kobieta z rakiem piersi.



- ★ **Kampanie edukacyjne** – wiele organizacji pacjentów angażuje się w tworzenie programów i kampanii edukacyjnych skierowanych do kobiet, które zmagają się z różnymi podtypami raka piersi. Wielokrotnie współpracują przy tym ze sobą oraz z ekspertami z danej dziedziny, by przekazać zainteresowanym najbardziej rzetelne informacje i pomoc. Jeśli masz raka piersi HER2+ (co widać na wyniku



badania histopatologicznego), zajrzyj na stronę kampanii „Wylecz raka piersi HER2+”, która powstała dla kobiet, które właśnie dowiedziały się o diagnozie – www.wyleczrakapiersi.pl

**Szukaj pomocy i wsparcia,
i nie zamykaj się w czterech ścianach.**

Chcesz wiedzieć więcej?

Zajrzyj na stronę kampanii „Wylecz raka piersi HER2+” – www.wyleczrakapiersi.pl, gdzie znajdziesz rozszerzenie treści prezentowanych w niniejszym poradniku. Stale pracujemy nad tym, aby zasilać stronę nowymi informacjami! Znajdziesz tam:

- **Masz raka piersi? Co powinnaś wiedzieć?** – materiały przygotowywane z ekspertami z obszaru leczenia pacjentek i pacjentów z rakiem piersi, które pomagają zrozumieć poszczególne etapy diagnozy i leczenia oraz trudne terminy.
- **Psychoonkolog radzi** – porady psychoonkologa, jak radzić sobie z diagnozą, jak rozmawiać o chorobie i gdzie szukać siły.
- **Miałyśmy raka piersi. Poznaj nasze historie** – obejrzyj lub przeczytaj inspirujące historie kobiet, które doświadczyły raka piersi i postanowiły się podzielić z innymi kobietami, aby dać im siłę i wsparcie.
- **Przydatne adresy** – znajdziesz listę Breast Cancer Unit oraz szpitali, w których leczy się pacjentki i pacjentów z rakiem piersi, a także organizacji pacjentów.



- **Prawa pacjenta** – zbiór praw przysługujących pacjentowi. Ich znajomość pozwoli Ci stać się świadomym pacjentem.
- **Dzieje się** – informacje o działaniach prowadzonych w ramach kampanii „Wylecz raka piersi HER2+”.

Serdecznie zapraszamy!



Słowniczek pojęć

Biopsja – badanie polegające na pobraniu materiału komórkowego lub tkankowego z guza do oceny patologicznej.

Biopsja cienkoigłowa – badanie określające, czy w danym guzie, np. w węźle chłonny, znajdują się komórki nowotworowe – na tej podstawie uzyskujemy także informacje, czy w węzłach chłonnych obecne są przerzuty.

Biopsja chirurgiczna (otwarta) – stosowana znacznie rzadziej niż biopsja cienko- czy gruboigłowa – powinna być wdrażana dopiero wtedy, kiedy były wykonane obie biopsje lub badania obrazowe, ale nadal nie można określić charakteru guza. Ten rodzaj biopsji przeprowadza się na bloku operacyjnym, w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.

Biopsja gruboigłowa – standard w diagnostyce raka piersi, pozwala na pobranie większego materiału niż w przypadku biopsji cienkoigłowej. Biopsja gruboigłowa pozwala jednoznacznie stwierdzić obecność komórek nowotworowych, określić typ histologiczny oraz ocenić ekspresję receptora HER2, receptorów hormonalnych (estrogenowych i progesteronowych) i wiele innych parametrów.

Biopsja mammotomiczna – inaczej biopsja gruboigłowa wspomagana próżną. Wymaga specjalnego sprzętu – mammotomu. Wykonuje się ją nie tylko pod kontrolą USG, ale również przy pomocy mammografii cyfrowej lub rezonansu magnetycznego. Pozwala na pobranie większych objętościowo wycinków, ale jest bardziej inwazyjna.

Chemioterapia – metoda leczenia polegająca na zastosowaniu leków hamujących rozwój lub niszczących komórki nowotworowe.

Chirurgia onkologiczna – chirurgia nastawiona na specjalistyczne, skojarzone leczenie nowotworów.



HER2 – białko receptorowe zaangażowane w przekazywanie komórkom sygnałów związanych z kontrolą ich wzrostu i funkcjonowania. Występowanie białka HER2 jest związane z agresywniejszym wzrostem nowotworu.

Histopatologiczne badanie – badanie pod mikroskopem tkanek pobranych od pacjentki w celu rozpoznania/dookreślenia choroby.

In-situ rak – nowotwór we wczesnej postaci, określany jako rak przedinwazyjny.

Inwazyjny rak piersi – rak piersi rozprzestrzeniający się poza pierwotną lokalizację, naciekający otaczające tkanki lub dający przerzuty odległe.

Ki-67 – parametr, który świadczy o szybkości podziału komórek nowotworowych.

Konsylium – zebranie ekspertów z dziedziny onkologii w celu ustalenia najlepszej drogi leczenia dla pacjentki.

Mammografia – radiologiczne badanie obrazowe piersi, wykonywane w celu wykrycia zmian chorobowych.

Mastektomia – całkowite usunięcie piersi.

Mastektomia radykalna – całkowite usunięcie piersi połączone z usunięciem zawartości dołu pachowego.

Nieoperacyjny guz – brak możliwości przeprowadzenia zabiegu operacyjnego guza z powodu rozległego zaawansowania miejscowego (naciekanie okolicznych narządów).





Operacja oszczędzająca – usunięcie jedynie fragmentu gruczołu, dzięki czemu pacjentka zachowuje pierś.

pCR (całkowita odpowiedź patomorfologiczna) – brak komórek nowotworowych w badaniu histopatologicznym preparatu operacyjnego, będący efektem terapii przedoperacyjnej/neoadjuwantowej.

PET (pozytonowa tomografia emisyjna) – badanie obrazowe całego ciała wykonywane w celu oceny występowania przerzutów.

Progresja nowotworu – zwiększanie się wielkości guza lub pojawienie się przerzutów.

Proliferacja – namnażanie się komórek.

Radioterapia – metoda leczenia za pomocą promieniowa jonizującego.

Receptor estrogenowy (RE) – receptor dla estrogenu umiejscowiony w komórce nowotworowej. Ekspresja RE występuje u około 70-75% raków piersi (częściej u kobiet po menopauzie), jest związana z niższym stopniem złośliwości histologicznej, niższą dynamiką wzrostu guza, rzadszą nadekspresją receptora HER2, określoną lokalizacją ognisk przerzutowych (tkanki miękkie i kości) oraz niższym odsetkiem nawrotów choroby.

Receptor progesteronowy (RP) – receptor dla **progesteronu** umiejscowiony w komórce nowotworowej.

Regresja – zmniejszenie wielkości guza pod wpływem leczenia.

Remisja – ustąpienie objawów choroby.

Scyntygrafia – badanie obrazowe wykonywane w celu potwierdzenia lub wykluczenia przerzutów nowotworu do kości.

Terapia adjuwantowa – leczenie uzupełniające, pooperacyjne.

Terapia celowana – leczenie skierowane przeciwko konkretnemu podtypowi nowotworu.

Terapia celowana molekularnie – różne sposoby leczenia systemowego nowotworów oparte na badaniu mutacji genowych i podaniu leków na podstawie wyniku tego badania.

Terapia neoadjuwantowa – leczenie przedoperacyjne.

Terapia skojarzona – leczenie nowotworu za pomocą różnych metod (np. chirurgia, radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia) stosowana w różnej kolejności w zależności od podtypu i stopnia zaawansowania choroby.

Terapia systemowa – sposób leczenia nowotworów, w którym poprzez podanie leków ogólnoustrojowych uzyskuje się dystrybucję leku do wszystkich tkanek.

TNM – system oceny zaawansowania nowotworu. Ocenie podlegają: wielkość ogniska pierwotnego (T), zajęcie regionalnych węzłów chłonnych (N) oraz obecność przerzutów odległych (M).

USG – badanie obrazowe pozwalające ocenić, czy występują przerzuty do węzłów chłonnych.

Węzeł wartowniczy – pierwszy węzeł chłonny na drodze sływu chłonki z ogniska nowotworowego. Gdy są obecne przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych, to w większości przypadków, w pierwszej kolejności będzie zajęty właśnie węzeł wartowniczy.





Notatki

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



This image shows a single sheet of white paper with ten horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



O kampanii



Kampania „**Wylecz raka piersi HER2+**” powstała z myślą o kobietach z tym podtypem nowotworu, które właśnie dowiedziały się o diagnozie. Jej celem jest wsparcie oraz edukacja chorych i ich bliskich. W ramach kampanii została uruchomiona strona internetowa – **www.wyleczrakapiersi.pl** oraz profil na facebooku „Wylecz raka piersi HER2+”, na których zamieszczane są materiały dotyczące m.in. choroby, diagnostyki i metod leczenia przygotowane we współpracy z ekspertami w dziedzinie onkologii – m.in. z onkolog dr n. med. Agnieszką Jagiełło-Gruszczyk z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego. Na stronie znajdziemy też porady psychoonkologa, dr Adrianny Sobol z Fundacji OnkoCafe, która jest jednym z organizatorów kampanii. Na stronie jest także lista ośrodków specjalizujących się w leczeniu raka piersi oraz kontakty do organizacji pacjentów, wspierających osoby chore na nowotwory. Swoimi doświadczeniami podzieliły się kobiety, które zachorowały na wczesnego HER2 dodatniego raka piersi, chcą dać siłę i motywację innym chorym do walki z chorobą. Wszelkie zawarte na stronie informacje stanowią odpowiedź na najbardziej nurtujące pytania kobiet, które niedawno dowiedziały się, że są chore. Mają pomóc im przejść krok po kroku całą drogę terapii – od diagnozy do wyleczenia.

Kampanię „**Wylecz raka piersi HER2+**” tworzą cztery organizacje pacjentów onkologicznych: Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Fundacja OmeaLife – Rak piersi nie ogranicza, OnkoCafe – Razem Lepiej oraz Polskie Amazonki Ruch Specyczny.

Organizatorzy



Partner merytoryczny

