



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος

Χ. Μαρκόπουλος

Αντιπρόεδρος

Ε. Τζωρακολευθεράκης

Γεν. Γραμματέας

Κ. Καλογεράκος

Ταμίας

Ι. Ασκοξυλάκης

ΜέληΚ. Καραπαναγιώτης
Μ. Κοντός
Δ. Μαντάς**EXEM - NEWS LETTER**

Διανέμεται δωρεάν

ΙδιοκτησίαΕλληνική Χειρουργική Εταιρεία
Μαστού**Εκδότης**

Χ. Μαρκόπουλος

Υπεύθυνη Σύνταξης

Φ. Πουλακάκη

Συντακτική ΕπιτροπήΒ. Ζόμπολας, Ε. Καρυδά,
Κ. Κόντζογλου, Μ. Κοντός,
Δ. Κούκουρας, Δ. Μαντάς,
Η. Σανιδάς**Περιεχόμενα**

Editorial: Διαφορές στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών σε σύγκριση με τις νεώτερες.	2
St Gallen 2015 :To consensus όπως δημοσιεύθηκε στο Annals of Oncology.	3
Ο καρκίνος του μαστού στις ηλικιωμένες ασθενείς.	4
Νέες ασθενείς με καρκίνο του μαστού.	5
Θεραπευτικά διλλήματα στις ηλικιωμένες ασθενείς.	6
Διατήρηση γονιμότητας σε νέες ασθενείς με καρκίνο του μαστού.	7
Ημερολόγιο Συνεδρίων	8

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ - EXEM

Hellenic Society of Breast Surgeons

Χαιρετισμός Προέδρου**Αγαπητοί
Συνάδελφοι**

Ελπίζω να περάσατε όλοι ένα χαλαρό και ξεκούραστο καλοκαίρι και να επιστρέψατε ανανεωμένοι.

Πιστοί στο πρόγραμμά μας, σας στέλνουμε τη Φθινοπωρινή έκδοση του News Letter της EXEM, που αυτή τη φορά, με απόφαση της Συντακτικής Επιτροπής, είναι «θεματικό», αφιερωμένο σε δύο ηλικιακές ομάδες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Η εταιρεία μας, παρά τις δυσκολίες της εποχής που ζούμε και ιδιαίτερα τις οικονομικές, θα προσπαθήσει και

αυτή τη χρονιά να διατηρήσει όλες τις επιστημονικές δραστηριότητες και συγχρόνως θα είναι κοντά στα μέλη της όπως και στο παρελθόν.

Η πρώτη μας συνάντηση θα είναι στο ΝΙΜΤΣ, στις **17 & 18 Οκτωβρίου**, που θα πραγματοποιηθεί η 18η Ετήσια Διημερίδα & Μετεκπαιδευτικό Μάθημα για το Καρκίνο του Μαστού, όπου θα εξετασθούν προβλήματα και θα απαντηθούν συχνά ερωτήματα που αντιμετωπίζονται στη καθημερινή κλινική πράξη στο τομέα μας.

Τη 2η μέρα της συνάν-

τησης θα πραγματοποιηθεί και πάλι το «**Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Χειρουργικής Μαστού**» της EXEM που απευθύνεται κυρίως σε νέους χειρουργούς με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το καρκίνο του μαστού.

Κλείνοντας, θα ήθελα να σας ευχηθώ καλό Φθινόπωρο και να σας καλέσω να συμμετέχετε ενεργά στο επόμενο τεύχος του News Letter με ιδέες, άρθρα ή νέα από το χώρο μας, επικοινωνώντας με τη Συντακτική επιτροπή.

Φιλικά

Χ. Μαρκόπουλος**Μήνυμα από τη Σύνταξη****Αγαπητοί
συνάδελφοι,**

Μετά από ένα πολυτάραχο καλοκαίρι για τη χώρα μας, γεμάτο σημαντικές πολιτικοοικονομικές ανατροπές, επιστρέψαμε ήδη οι περισσότεροι στις εργασίες μας. Σας καλωσορίζω εκ μέρους της συντακτικής επιτροπής στο φθινοπωρινό τεύχος του Newsletter της εταιρείας μας. Στη τελευταία συνεδρίαση της Συντακτικής Επιτροπής αποφασίσαμε ότι κάθε έκδοση θα είναι πλέον αφιερωμένη σε μία θεματική ενότητα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την κλινική

μας πράξη. Θα περιλαμβάνει άρθρα από μέλη της εταιρείας, χωρίς να παραλείπουμε ενημερώσεις από σημαντικά συνέδρια, αλλαγές στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον καρκίνο του μαστού και τη σταθερή πλέον τελευταία σελίδα αφιερωμένη στα επερχόμενα συνέδρια. Για το τρέχον τεύχος, επιλέξαμε τον καρκίνο του μαστού στις ακραίες ηλικιακές ομάδες: τις πολύ νέες και τις πολύ ηλικιωμένες ασθενείς. Στα άρθρα που ακολουθούν, αναπτύχθηκαν διεξοδικά οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι συγκεκριμένες ομάδες σε επίπεδο μοριακό, κλινικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό. Επιπλέον, όλα τα υπόλοιπα θέματα που προκύπτουν για τις πολύ νέες ασθενείς, όπως οι επιλογές που υπάρχουν για

διατήρηση της γονιμότητας και το ενδεχόμενο μίας εγκυμοσύνης μετά από καρκίνο του μαστού. Από την άλλη πλευρά, στις πολύ ηλικιωμένες ασθενείς, υπάρχουν τα διλήματα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε και η συνοσηρότητα που ενδεχόμενα εμφανίζουν. Φιλοξενούμε επίσης την περίληψη του consensus του St.Gallen, μεταφρασμένη από τον κ.Σανιδά, όπως δημοσιεύθηκε στο Annals of Oncology τον Ιούνιο που πέρασε. Ελπίζω να περιηγηθείτε και σε αυτή την έκδοση της εταιρείας μας με ενδιαφέρον. Περιμένοντας και τα δικά σας άρθρα για το επόμενο τεύχος μας,

Φιλικά,
Φιορίτα Πουλακάκη

Άρθρο Συνταξης

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων γυναικών με καρκίνο του μαστού εξακολουθεί να διαφέρει σημαντικά από εκείνη που εφαρμόζεται σε νεότερες ασθενείς!

Χ. Μαρκόπουλος

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο, με συνολικά περισσότερες από το 40% των περιπτώσεων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού να είναι σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Οι παγκόσμιες δημογραφικές μεταβολές και η γενική αύξηση του προσδόκιμου ζωής αναμένεται να αυξήσουν ακόμη περισσότερο τον απόλυτο αριθμό των ηλικιωμένων γυναικών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού, λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας.

Παρά την μεγάλη πρόοδο στις θεραπευτικές δυνατότητες της Ογκολογίας τα τελευταία χρόνια, σε αντίθεση με ότι έχουμε επιτύχει στις νέες γυναίκες, η επιβίωση των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν έχει αυξηθεί σημαντικά. Είναι εύλογο λοιπόν το ερώτημα μήπως οι ηλικιωμένες ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται με τους ίδιους κανόνες που ακολουθούμε στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του μαστού που είναι νεώτερης ηλικίας.

Πράγματι, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένες ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν μικρότερη πιθανότητα να λάβουν την ενδεικνυόμενη και περισσότερο αποτελεσματική για τη νόσο τους θεραπεία λόγω της ηλικίας τους. Συνήθως, η αυξημένη ηλικία κατά τη διάγνωση προδικάζει την παρέκκλιση από τις κατευ-

θυντήριες γραμμές τόσο για τη χειρουργική θεραπεία, όσο και για την επικουρική ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη δεδομένων για την αποτελεσματικότερη θεραπεία στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού προχωρημένης ηλικίας, διότι αυτή η ομάδα των ασθενών συχνά αποκλείεται από τις κλινικές μελέτες. Υπολογίζεται ότι μόλις το 2% των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο του μαστού συμπεριλαμβάνεται σε κλινικές μελέτες, ενώ συγχρόνως, μόνον εκείνες οι ασθενείς που θεωρούνται αρκετά «υγιείς» και χωρίς άλλα σημαντικά νοσήματα, είναι αυτές που μετέχουν στις μελέτες, οδηγώντας σε συμπεράσματα μικρής πρακτικά αξίας.

Διάφοροι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της θεραπείας στις ηλικιωμένες ασθενείς. Η γήρανση συνδέεται συχνά με έναν αυξημένο αριθμό άλλων παθήσεων και κατά συνέπεια με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Ο κίνδυνος θανάτου από άλλη αιτία που δεν σχετίζεται είτε με το καρκίνο του μαστού είτε με τη θεραπεία - *competing risk of death* - μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός στις ηλικιωμένες γυναίκες.

Όλα τα παραπάνω υπογραμμίζουν την ανάγκη για μελέτες ειδικά σχεδιασμένες για ηλικιωμένες ασθενείς με καρκίνο του μαστού, για την απόκτηση δεδομένων και

την δημιουργία ειδικών κατευθυντήριων οδηγιών, προκειμένου να βελτιωθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού σε αυτόν τον πληθυσμό. Υπάρχει ανάγκη για βέλτιστη, εξατομικευμένη θεραπεία στις ηλικιωμένες ασθενείς με καρκίνο του μαστού, λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου, μαζί με τη βιολογική ηλικία και το προσδόκιμο ζωής που σχετίζεται με τα συνυπάρχοντα νοσήματα. Ως εκ τούτου, συνιστάται η θεραπευτική τακτική για κάθε ηλικιωμένη ασθενή με καρκίνο του μαστού να συζητείται στο Ογκολογικό Συμβούλιο, ιδανικά σε συνδυασμό με κάποια μορφή γηριατρικής αξιολόγησης της ασθενούς.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

1. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J. Clin.* 61, 69-90 (2011).
2. Bastiaannet E, Portielje JE, van de Velde CJ et al. Lack of survival gain for elderly women with breast cancer. *Oncologist* 16, 415-423 (2011).
3. Markopoulos C, van de Water W, van de Velde CJ. Breast cancer in the elderly: reducing the losses. *Future Oncol.* 9, 1253-6 (2013).
4. Markopoulos C, van de Water W. Older patients with breast cancer: is there bias in the treatment they receive? *Ther Adv Med Oncol.* 4, 321-327 (2012).
5. van de Water W, Markopoulos C, van de Velde CJ et al. Association between age at diagnosis and disease-specific mortality among postmenopausal women with hormone receptor-positive breast cancer. *JAMA* 8, 590-597 (2012).



«Προκειμένου να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού στον ηλικιωμένο πληθυσμό, είναι αναγκαίο η θεραπευτική τακτική στις ηλικιωμένες ασθενείς να αποφασίζεται λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά της νόσου σε συνδυασμό με τη βιολογική ηλικία και το προσδόκιμο ζωής της κάθε ασθενούς»



«Η θεραπευτική τακτική για κάθε ηλικιωμένη ασθενή με καρκίνο του μαστού θα πρέπει να συζητείται στο Ογκολογικό Συμβούλιο, ιδανικά σε συνδυασμό με κάποια μορφή γηριατρικής αξιολόγησης της ασθενούς»



St.Gallen 2015: Ανασκόπηση των θεραπευτικών εξελίξεων του Πρώιμου Καρκίνου του Μαστού.

**Η. Σανιδάς MD, FACS,
Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Κρήτης**

Τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας για το φετινό consensus του St.Gallen, που διεξήχθη στη Βιέννη, καταγράφηκαν στο άρθρο των Coates A.S. et al στο Annals of Oncology (<http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2015/06/09/annonc.mdv221.full.pdf+html>) ενώ δημοσιεύθηκαν λεπτομερώς και οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που τέθηκαν στην ομάδα των ειδικών (<http://annonc.oxfordjournals.org/content/suppl/2015/05/27/mdv221.DC1>). Σύμφωνα πάντα με το άρθρο, περιγράφονται επιγραμματικά οι σημαντικότερες θεραπευτικές συστάσεις :

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Αποδεκτό ελεύθερο χειρουργικό όριο θεωρείται η *μη ανεύρεση χρωστικής πάνω στον όγκο* (διηθητικό ή DCIS) ανεξάρτητα από τα βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου.
- Οι πολύ-κεντρικοί/εστιακοί όγκοι μπορούν να αντιμετωπιστούν πλέον και με διατήρηση του μαστού.
- Αν εντοπιστούν 1-2 διηθημένοι λεμφαδένες φρουροί (ΛΦ) δεν επιβάλλεται λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης (ΚΜ) σε περίπτωση που πραγματοποιηθεί συντηρητική επέμβαση και ακολουθηθεί ακτινοθεραπεία που θα περιλαμβάνει το μαστό και την κατώτερη μασχάλη.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΑΚΘ)

- Τα σχήματα υποκλασματοποίηση είναι αποδεκτά ανεξαρτήτως ηλικίας, σε ασθενείς χωρίς προηγηθείσα χημειοθεραπεία ή κλινικά ψηλαφητή μασχαλαία μεταστατική λεμφαδενική νόσο.
- Μετά από συντηρητική επέμβαση, η ΑΚΘ θα πρέπει να περιορίζεται στο μαστό σε περίπτωση αρνητικών λεμφαδένων.
- Μετά από επέμβαση μαστεκτομής, απαιτείται ΑΚΘ σε ασθενείς με όγκο > 5 εκ., με θετικό ΛΦ χωρίς ΚΜ, με 1-3 διηθημένους λεμφαδένες και δυσμενή παθολογία όγκου.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- > 4 διηθημένοι μασχαλαίοι λεμφαδένες, ανεύρεση grade 3 ή και υψηλού ki67 στα χαρακτηριστικά του όγκου αποτελούν ένδειξη χορήγησης Αναστολέα Αρωματάσης (AA).
- Παράγοντες υπέρ της καταστολής της ωοθηκικής λειτουργίας (ΚΩΛ) είναι η ηλικία <35 ετών, τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων μετά από ΧΜΘ και ανεύρεση 4 ή περισσότερων διηθημένων λεμφαδένων.
- Ισχυρότερος παράγοντας υπέρ της χρήσης "AA και ΚΩΛ" αντί "Ταμοξιφαίνης και ΚΩΛ" θεωρούνται οι > 4 διηθημένοι λεμφαδένες.
- Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες ή με grade 3 όγκους ή με υψηλό Ki67 η ενδοκρινική θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι 10 χρόνια και η ΚΩΛ ίσως για 5 χρόνια.
- Σε ασθενείς που έλαβαν Ταμοξιφαίνη 5 έτη και ακολούθησε αλλαγή σε AA, η ορμονοθεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να λάβουν συνολικά 5 χρόνια AA (συνολικά 10 χρόνια).

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Σχετικές ενδείξεις για χορήγηση ΧΜΘ σε "luminal" τύπους αποτελούν : Η ανεύρεση Grade 3 στον όγκο, > 4 διηθημένοι λεμφαδένες, η χαμηλή έκφραση ορμονικών υποδοχέων, το υψηλό Ki67 και η εκτεταμένη λεμφαγγειακή διασπορά.
- Η χορήγηση αντί-HER2 θεραπειάς σε T1a, HER2 θετική νόσο αμφισβητείται, ενώ συνιστάται σε T1b και T1c νόσο.
- Σε περίπτωση HER2 θετικής, σταδίου II νόσο απαιτείται ΧΜΘ και αντί-HER2 θεραπεία.
- Η χορήγηση προεγχειρητικής ΧΜΘ σε Luminal A όγκους δεν ενδείκνυται παρά μόνο, εάν δεν είναι εξαρχής δυνατή η συντηρητική επέμβαση.
- Η προεγχειρητική ορμονοθεραπεία είναι μια ρεαλιστική επιλογή σε μετεμνηνοπαυσιακές ασθενείς με ορμονοευαίσθητη νόσο.

ΔΙΑΦΟΡΑ

- Το Oncotype DX έγινε αποδεκτό ως η μόνη γονιδιακή εξέταση που μπορεί να συμβάλει στη απόφαση χορήγησης ή όχι χημειοθεραπείας.
- Ο γονιδιακός έλεγχος για BRCA1&2 μεταλλάξεις συνιστάται σε ασθενείς ηλικίας <40 ετών, ασθενείς με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή ασθενείς με τριπλά αρνητική νόσο ηλικίας μέχρι 50 ετών.
- Σε έγκυο ασθενή με καρκίνο του μαστού, η συντηρητική χειρουργική επέμβαση καθώς και η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού με τη χρήση ραδιοϊσοτόπου είναι ασφαλής επιλογή. Υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης ΧΜΘ κατά το 2ο/3ο τρίμηνο αλλά όχι αντί-HER2 ή ενδοκρινικής θεραπείας.

Ο καρκίνος του μαστού στις ηλικιωμένες ασθενείς.

Ε. Καρυδά, MD, PhD

Χειρουργός

Διευθύντρια Κέντρου Μαστού

Νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ»



“Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού στις μεγάλες ηλικίες πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη λόγω των συνοδών παθολογικών καταστάσεων αυτής της ηλικίας και λόγω των παρενεργειών των θεραπειών που είναι καθοριστικές για την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.”

Ο καρκίνος μαστού θεωρείται νόσος της μεγάλης ηλικίας. Δεδομένου ότι ο πληθυσμός αυτής της ηλικίας διαρκώς αυξάνεται, η αντιμετώπιση της νόσου, θα όφειλε να ήταν πιο αποτελεσματική και να είχε τύχει μεγαλύτερης προσοχής. Η θνησιμότητα όμως στον καρκίνο μαστού, αυξάνεται σημαντικά στις μεγάλες ηλικίες σε σχέση με τις νεαρότερες. Οι περιορισμένες κλινικές μελέτες, η ετερογένεια αντιμετώπισης και οι συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις θεωρούνται μέρος των κατώτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων στις μεγάλες ηλικίες. Είναι σίγουρο επομένως ότι δεν προσφέρεται optimal state of the art care.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού στις μεγάλες ηλικίες πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη λόγω των συνοδών παθολογικών καταστάσεων αυτής της ηλικίας και λόγω των παρενεργειών των θεραπειών που είναι καθοριστικές για την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Στόχος των προτεινομένων θεραπειών πρέπει να αποτελεί η θεραπεία χωρίς στέρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων των καταξιωμένων θεραπειών για νέες γυναίκες και η μικρότερη επίδραση στη συνυπάρχουσα νοσηρότητα από άλλα παθολογικά αίτια. Θεωρείται απαραίτητο πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική απόφαση να αξιολογείται η φυσική / λειτουργική κατάσταση της ασθενούς καθώς υπάρχουν αρκετές γηριατρικές κλίμακες αξιολόγησης.

Σημαντικό στοιχείο για την ακτινοθεραπεία και τη συστηματική θεραπεία αποτελεί η μοριακή ταξινόμηση του καρκίνου ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζει ιδιαίτερα τη χειρουργική απόφαση. Η χειρουργική απόφαση στηρίζεται στο μέγεθος του όγκου, την θέση του όγκου, τη γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς και το προσδόκιμο ζωής της. Σε ασθενείς με βαρεία γενική κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί η χειρουργική θεραπεία και να χορηγηθεί μόνο ορμονοθεραπεία. Σε ηλικιωμένες υγιείς γυναίκες η επιλογή είναι μεταξύ ογκεκτομής και μαστεκτομής, SNB (βιοψία φρουρού λεμφαδένων) και AD(κένωση μασχάλης) ή όχι AD. Η προτιμότερη χειρουργική επέμβαση είναι η ογκεκτομή και σε πολλές περιπτώσεις δεν χρειάζεται να συνοδεύεται από ακτινοθεραπεία. Σε ασθενείς που είναι υποψήφιος για μαστεκτομή μπορεί να τους δοθεί η δυνατότητα συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας με neo-adjuvant, ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις προτείνεται SNB και σε σπάνιες AD. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία πρέπει να βασίζεται στον εξατομικευμένο κίνδυνο υποτροπής, τα μοριακά χαρακτηριστικά του όγκου, το προσδόκιμο ζωής, την λειτουργική κατάσταση της ασθενούς και τις συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Για την απόφαση για χορήγηση μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η φυσική κατάσταση της ασθενούς, τα συνόδα της νοσήματα και βέβαια η επιθυμία της ασθενούς. Πολλοί θεωρούν ότι πρέπει να χορηγείται μετεγχειρητική χημειοθεραπεία όταν το εκτιμώμενο όφελος στην επιβίωση στην 10ετία είναι μεγαλύτερο από 3-5%.



RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλ.: 210 67 76 550/1 • Fax: 210 67 76 552 • e-mail: info@rafarm.gr • www.rafarm.gr

Νέες ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Τι αλλάζει και ποιές είναι οι προκλήσεις που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε.

Φιορίτα Πουλακάκη MD, PhD, FEBS
Διευθ/τρια Χειρουργός Μαστού
Νοσοκομείο Metropolitan



Ο καρκίνος του μαστού στη νεαρή ηλικία (<35), αποτελεί μία σπάνια (μόλις 2% του συνόλου των ασθενών), πολύπλοκη και συχνά δύσκολη στη διαχείριση της νοσολογική οντότητα. Στις πολύ νεαρές ασθενείς, η διάγνωση ενός καρκίνου του μαστού είναι συχνά δυσκολότερη λόγω της πυκνής σύστασης του αδένου και των αλλαγών κατά την διάρκεια του κύκλου της εμμηνόου ρύσεως. Περισσότερες από το 90% των ασθενών, εμφανίζονται όταν η νόσος είναι πλέον ψηλαφητή. Η διαγνωστική ακρίβεια της μαστογραφίας περισσότερο και του υπερηχογραφήματος λιγότερο, εμφανίζεται μειωμένη σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Για τους λόγους αυτούς, απαιτείται πάντοτε η τριπλή αξιολόγηση (κλινική εξέταση, απεικονιστικές εξετάσεις, ιστολογική επιβεβαίωση με δείγμα από την αλλοίωση) προκειμένου να τεθεί με ασφάλεια η διάγνωση. Ο καρκίνος του μαστού στις πολύ νέες γυναίκες, θεωρείται συχνά διαφορετική νόσος από τις μεγαλύτερες ηλικίες. Κλινικά, η μέση διάμετρος των όγκων κατά την στιγμή της διάγνωσης είναι τα 2 εκ, η ανεύρεση DCIS είναι λιγότερο συχνή ενώ η πλειοψηφία των ασθενών διαγιγνώσκεται σε στάδιο νόσου II και III. Επιπλέον εκτός από τα συχνότερα διηθημένα χειρουργικά όρια στις νεαρές ηλικίες και την αυξημένη πιθανότητα τοπικών υποτροπών, οι όγκοι εμφανίζουν συχνότερα περισσότερο επιθετικούς υποτύπους με αποτέλεσμα τη χειρότερη πρόγνωση. Μη-ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι, υψηλότερου grade, με αυξημένη έκφραση Her2, αυξημένη διήθηση αγγείων και υψηλότερο κυτταρικό πολλαπλασιασμό είναι τα συνηθέστερα χαρακτηριστικά. Ο συχνότερος υπότυπος στις νεαρές ασθενείς είναι ο τριπλά αρνητικός και πιο σπάνια

είναι τα luminal A νεοπλάσματα. Μεταναλύσεις γονιδιακών υπογραφών από 20 βάσεις δεδομένων (>3500 ασθενείς <40 ετών), ανέδειξαν ξεχωριστά μοριακά μονοπάτια. Συγκεκριμένα γονίδια ήταν επαυξημένα συμπεριλαμβανομένων του RANKL, c-Kit, μετάλλαξη στο BRCA1, MAPK, PI3K μονοπάτι και αρκετά ακόμα. Γονιδιακές μεταλλάξεις που αφορούν το μικροπεριβάλλον του μαστού (σχετιζόμενα με το στρώμα), πιθανόν να συντελούν στον αυξημένο κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τον πιο επιθετικό φαινότυπο στις νέες ασθενείς. Ειδικά για τα γονίδια BRCA1 και 2, η πιθανότητα ασθενείς <35 ετών να είναι φορείς της μετάλλαξης, αγγίζει το 15-30%.

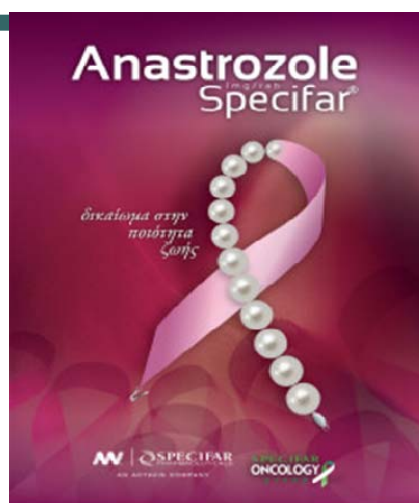
Όλες οι θεραπευτικές στρατηγικές, θα πρέπει να χαράσσονται μέσα σε ένα ογκολογικό συμβούλιο απαρτιζόμενο από όλες τις συνεργαζόμενες ειδικότητες, εξαιρουμένη για κάθε ασθενή, πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου και του χειρουργείου. Όσον αφορά στην χειρουργική θεραπεία, η μαστεκτομή στις νέες ασθενείς, δεν προσφέρει αύξηση της συνολικής επιβίωσης σε σύγκριση με τη συντηρητική επέμβαση και την ακτινοθεραπεία που θα ακολουθήσει. Όσον αφορά στην διαχείριση της μασχαλιαίας κοιλότητας, η προσέγγιση δεν διαφοροποιείται σε καμία ηλικιακή ομάδα.

Οι ενδείξεις και η επιλογή των φαρμάκων της συστηματικής θεραπείας δεν θα πρέπει να βασίζονται αποκλειστικά στην ηλικία αλλά στα βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου, το στάδιο της νόσου και τη συνοσηρότητα της ασθενούς. Η χρήση γονιδιακών πάνελ όπως το Oncotype Dx ή το MammaPrint συστήνονται στις νεαρές ηλικίες όπως και στις μεγαλύτερες. Οι παρενέργειες της χημει-

οθεραπείας που σχετίζονται με την ηλικία (πχ. συμπτώματα εμμηνόπαυσης, αλλαγές στην εικόνα του σώματος, οστική νοσηρότητα, διαταραχές στη σεξουαλικότητα, υπογονιμότητα) καθώς και το κοινωνικό αντίκτυπο της διάγνωσης και της θεραπείας (πχ. φροντίδα παιδιών, διακρίσεις στον επαγγελματικό χώρο κλπ.), θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν προγραμματίζονται μακροχρόνιες θεραπείες. Τέλος δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι τα ζητήματα που απασχολούν τις πολύ νέες ασθενείς με καρκίνο του μαστού που επιβιώνουν από τη νόσο, είναι διαφορετικά και περιλαμβανονται κυρίως τη διατήρηση της γονιμότητας τους, καθώς και τη δυνατότητα σε συνδυασμό με ένα ασφαλές χρονοδιάγραμμα μιας επερχόμενης εγκυμοσύνης.

Επιλεγμένα άρθρα

1. Ribnikar D¹, Ribeiro JM, *et al.* Breast cancer under age 40: a different approach. *Curr Treat Options Oncol.* 2015 Apr;16(4):16. doi: 10.1007/s11864-015-0334-8.
2. M. Colleoni, *et al.* Very young women (<35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. *Annals of Oncology* 13: 273–279, 2002..
3. Mintzer D, Glassburn J *et al.*, Breast Cancer in the Very Young Patient: A Multidisciplinary Case Presentation *The Oncologist* 2002;7:547-554



Θεραπευτικά διλλήματα στις ηλικιωμένες ασθενείς.

Μ. Κοντός
Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής
και Χειρουργικής Μαστού Ε.Κ.Π.Α.,
Α' Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Η ηλικία αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού. Παρόλο που η νόσος προσβάλλει συχνά νεότερες γυναίκες, το ένα τρίτο των ασθενών στο Δυτικό κόσμο είναι πάνω από 70 ετών. Η φυσική ιστορία και εξέλιξη του καρκίνου του μαστού είναι διαφορετική στις μεγάλες ηλικίες. Αυτό σε συνδυασμό με την τοξικότητα των ογκολογικών θεραπειών απλά καθορίζουν νέες παραμέτρους που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθούν επίσης το κόστος της θεραπείας αλλά και η αίσθηση της απώλειας της θηλυκότητας ως αποτέλεσμα της χειρουργικής θεραπείας, που παρατηρείται και στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Σε μια προσπάθεια προσαρμογής της θεραπείας των ηλικιωμένων ασθενών στα πιο πάνω δεδομένα, έχει προταθεί η συντηρητική εκτομή χωρίς επικουρική ακτινοβολία. Να σημειωθεί ότι ιστορικές μελέτες που δεν εστιάζονται στον ηλικιωμένο πληθυσμό έχουν αποδείξει αφενός μεν τη δραματική μείωση της πιθανότητας τοπικής υποτροπής με την ακτινοβολία μετά από συντηρητική εκτομή, αφετέρου δε τη διατήρηση σταθερής της ετήσιας πιθανότητας τοπικής υποτροπής για όλη την υπόλοιπη ζωή της ασθενούς. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες σήμερα στο Δυτικό κόσμο έχουν γενικό προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από τα 80 έτη, αλλά και οι συστηματικές θεραπείες έχουν βελτιώσει την επιβίωση της νόσου δραματικά. Αυτό σημαίνει ότι πολλές ασθενείς θα ζήσουν πολλά ακόμα χρόνια σε κίνδυνο για τοπική υποτροπή, ακόμα κι αν νοσήσουν σε μεγάλη ηλικία. Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης PRIME 2 η οποία διερεύνησε ακριβώς αυτήν την εναλλακτική, δηλαδή την πιθανότητα να μη χορηγείται ακτινοβολία μετά από συντηρητική εκτομή σε ηλικιωμένες γυναίκες με καρκίνο του μαστού με σχετικά ευνοϊκά χαρακτηριστικά. Μετά από διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 5 ετών, 1326 ασθενών με ορμονοευσταθήτο καρκίνο του μαστού μεγίστης διαμέτρου μέχρι 3 εκατοστά, άνω των 65 ετών και χωρίς λεμφαδενική συμμετοχή, οι οποίες τυχαιοποιήθηκαν ως προς την επικουρική ακτινοβολία μετά την ο-

γκεκτομή, επιβεβαιώθηκε ότι η ακτινοβολία μειώνει μεν την τοπική υποτροπή από το 4,1% στο 1,3%, αλλά δεν διαφοροποιεί την πιθανότητα των περιοχικών ή ετερόπλευρων υποτροπών και κυρίως ούτε την ολική επιβίωση. Σημαντικό εύρημα ήταν επίσης ότι από τις 49 γυναίκες που απεβίωσαν, μόνο οι 8 κατέληξαν εξαιτίας της κακοήθειας στην ομάδα που δεν έλαβε ακτινοβολία, ενώ στο άλλο σκέλος της μελέτης οι αναλογία ήταν 4 από τις 40. Με άλλα λόγια η παράλειψη της ακτινοβολίας αυξάνει μεν τις τοπικές υποτροπές, αλλά «δεν υπάρχει χρόνος» για να επιδεινωθεί και η ολική επιβίωση καθότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών καταλήγουν από άλλα αίτια.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι μια πολυπληθής αλλά και ταυτόχρονα ιδιαίτερη ομάδα του πληθυσμού. Για μερικές από αυτές τελικώς ίσως αποδειχθεί ότι η ακτινοβολία μετά από συντηρητική εκτομή είναι περιττή και μπορεί να παραλείπεται με ασφάλεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1233-41.
2. Fentiman IS, van Zijl J, Karydas I, et al; EORTC. Treatment of operable breast cancer in the elderly: a randomised clinical trial EORTC 10850 comparing modified radical mastectomy with tumorectomy plus tamoxifen. *Eur J Cancer*. 2003 Feb;39:300-8.
3. Kunkler IH, Williams LJ, Jack WJ, et al; PRIME II investigators. Breast-conserving surgery with or without irradiation in women aged 65 years or older with early breast cancer (PRIME II): a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2015 Mar;16:266-73. Epub 2015 Jan 28.



AROMASIN[®]
 exemestane tablets



Pfizer Oncology

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
 Ανοφέρετε
 ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
 ΟΛΑ τα φάρμακα
 Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ARO-01-MAY15

Διατήρηση γονιμότητας σε νέες ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

I. Ζερβομανωλάκης

Μαιευτήρας-Χειρουργός Γυναικολόγος,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Βόννης
Τράπεζα Ωθ. Ιστού. Μονάδα Υπ.Αναπαρ. Institute of Life
Μαιευτική Κλινική ΙΑΣΩ



Το προσδόκιμο επιβίωσης νεαρών γυναικών με καρκίνο μαστού υπερβαίνει το 80%. Στην Ελλάδα, περίπου 5.000 Ελληνίδες κάθε χρόνο προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού, από τις οποίες υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό γύρω στο 20% βρίσκεται ακόμη σε αναπαραγωγική ηλικία και στην πλειοψηφία τους δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμη τον οικογενειακό τους προγραμματισμό. Ωστόσο, στο παρελθόν δόθηκε λίγη σημασία στις συνέπειες της χημειοθεραπείας για αυτή την κατηγορία γυναικών. Η ωθηκική ανεπάρκεια που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία, έχει συνέπειες στη γονιμότητα και οδηγεί σε ελάττωση της παραγωγής οιστρογόνων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κλιμακηριακών συμπτωμάτων.

Η χρήση GnRH αναλόγων κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποσκοπεί στην καταστολή της υπόφυσης και κατ'επέκταση στην απουσία ανάπτυξης των πρωτογενών ωοθυλακίων, με αποτέλεσμα τα πρωτογενή ωοθυλάκια να μην εκτίθενται στην τοξικότητα της θεραπείας. Αν και σε θεωρητικό επίπεδο η λειτουργία των GnRH αναλόγων παραμένει ελκυστική, γεγονός που υποστηρίζεται από αναδρομικές μελέτες, οι περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες δεν πέτυχαν να επιβεβαιώσουν την ωφέλεια από τη χρήση τους. Σε κάθε περίπτωση, η αποκλειστική χρήση GnRH Αναλόγων δεν αποτελεί εγγύηση διατήρησης γονιμότητας και πρέπει να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με τις ακόλουθες μεθόδους.

• Διέγερση με ορμόνες και ταυτόχρονη χρήση αναστολέων αρωματάσης

Θεωρητικά είναι πιθανή μια επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου κάτω από την επίδραση της ορμονικής διέγερσης, με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης υπολειμματικής νόσου. Κατά της θεωρίας αυτής μπορεί να ειπωθεί ότι οι νεαρές γυναίκες εμφανίζουν έτσι κι αλλιώς μια αύξηση των οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως χωρίς προηγούμενη ορμονική διέγερση. Είναι εξαιρετικά απίθανο να προκληθεί μια επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου μετά από τόσο βραχύ διάστημα διέγερσης. Επιπλέον, γυναίκες που έμειναν έγκυες μετά από καρκίνο του μαστού δεν εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης του καρκίνου. Η τεχνική αυτή θεωρείται η πλέον ασφαλής.

• Κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων

Αναφέρονται πιθανότητες επιβίωσης ως 90%, εμφύτευσης ως 16% ανά ωάριο και κύησης ως 26% ανά ωοληψία. Τόσο η ποιότητα των ωαρίων όσο και οι τοκετοί δε συνδέονται με αυξη-

μένα ποσοστά ανωμαλιών. Η συνολική πιθανότητα κύησης μετά από εμβρυομεταφορά όλων των εμβρύων μετά από μια ωοληψία αγγίζει το 50%. Η ορμονική διέγερση διαρκεί δύο εβδομάδες και μπορεί να αρχίσει ακόμη και στην ωχρινική φάση.

• Λαπαροσκόπηση και κατάψυξη ιστών ωοθήκης για επαναμεταμόσχευση μετά το τέλος της θεραπείας

Η λαπαροσκόπηση και κατάψυξη ιστών ωοθήκης για επαναμεταμόσχευση μετά το τέλος της θεραπείας εφαρμόζεται με επιτυχία από το 2004. Μετά από συνεννόηση με τους θεράποντες ογκολόγους για τη δυνατότητα υποβολής της ασθενούς στη λαπαροσκοπική επέμβαση, πραγματοποιείται ο ορμονικός έλεγχος και η γυναικολογική και υπερηχογραφική εξέταση της ασθενούς. Στη συνέχεια προγραμματίζεται η αφαίρεση του 50% του ιστού της μιας ωοθήκης. Ένα μέρος του ιστού αποστέλλεται στο εργαστήριο, για να αποκλειστεί η πιθανότητα κακοήθειας και να εκτιμηθεί η πυκνότητα των ωοθυλακίων. Ο υπόλοιπος ιστός καταψύχεται σύμφωνα με το αργό πρωτόκολλο κατάψυξης (πρωτόκολλο „slow-freezing“). Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, σε περίπτωση επιθυμίας για απόκτηση παιδιών και εφόσον έχουν προηγηθεί τουλάχιστον δύο χρόνια ελεύθερα νόσου, τοποθετείται ο ωοθηκικός ιστός με ορθότοπη επαναμεταμόσχευση, είτε στην επιφάνεια της ωοθήκης ή σε μια περιτοναϊκή θήκη που δημιουργείται για το σκοπό αυτό. Με τη μέθοδο αυτή έχουν ήδη επιτευχθεί 33 τοκετοί ως τον Ιούλιο του 2015 μετά από περίπου 120 δημοσιευμένες επαναμεταμοσχεύσεις παγκόσμια, χωρίς να έχει υπάρξει σε καμία ασθενή υποτροπή του καρκίνου.

Η συνεχής εξέλιξη στο χώρο της Ογκολογίας, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο και η μετάθεση του οικογενειακού προγραμματισμού σε μεγαλύτερη ηλικία επιβάλλει τη λήψη μέτρων διατήρησης γονιμότητας για αυτή την κατηγορία των ασθενών με τις μεθόδους που αναπτύχθηκαν. προτείνονται στις νεαρές γυναίκες με καρκίνο μαστού και πρέπει να εφαρμόζονται σε διαπιστευμένα κέντρα σε συνεργασία με τους θεράποντες ογκολόγους.

«Σε κάθε περίπτωση, η αποκλειστική χρήση GnRH αναλόγων δεν αποτελεί εγγύηση διατήρησης γονιμότητας και πρέπει να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με τις ακόλουθες μεθόδους:

- Διέγερση με ορμόνες και ταυτόχρονη χρήση αναστολέων αρωματάσης
- Κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων
- Λαπαροσκόπηση και κατάψυξη ιστών ωοθήκης για επαναμεταμόσχευση μετά το τέλος της θεραπείας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Διεύθυνση:
Εσλιν 6,
Αθήνα 11523

Τηλέφωνο: 210-6468180
Φαξ: 210-6448140
Ηλ. ταχυδρομείο:
exem@hol.gr
Webpages:
www.exem.gr

Επισκεφθείτε τη σελίδα μας
στο Internet:
<http://www.exem.gr>

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Οι μηνιαίες «Συναντήσεις της Τρίτης» στα γραφεία της EXEM στους Αμπελοκήπους θα επαναληφθούν και το ακαδημαϊκό έτος 2015-2016.

Θα επιλεγούν θεματικές ενότητες και θα παρουσιάζονται στοχευμένα περιστατικά από τους συναδέλφους, ενώ θα ακολουθεί βιβλιογραφική ενημέρωση και διεπιστημονική συζήτηση.

Σας καλώ όλους να συμμετέχετε ενεργά για μία γόνιμη ανταλλαγή απόψεων.

Κ. Αναστασάκου



EXEM

Ελληνική Χειρουργική
Εταιρεία Μαστού



Η συντακτική ομάδα του Newsletter, περιμένει τις προτάσεις σας από τον χώρο της τέχνης.

Σας ευχόμαστε

Καλό Φθινόπωρο!!!

*Aquarelle 60 X 40 εκ.
Χ. Μαρκόπουλος
Λονδίνο 1986*

Προσεχή Επιστημονικά Συνέδρια και Εκδηλώσεις

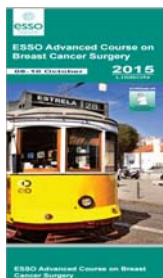


18η ΕΤΗΣΙΑ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ - ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΜΑΘΗΜΑ & ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ»

θα πραγματοποιηθεί

υπό την αιγίδα της EXEM στις **17 Οκτωβρίου 2015**, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου ΝΙΜΤΣ, στην Αθήνα.

Την Κυριακή **18 Οκτωβρίου 2015**, θα ακολουθήσει το **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ** της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού.



Το "**Advanced course of Breast Surgery**" της European Society of Surgical Oncology (**ESSO**) σε συνεργασία με την **EUSOMA**,

θα πραγματοποιηθεί στην Λισαβόνα στις 8-10 Οκτωβρίου, 2015.



UEMS - EUROPEAN BOARD OF SURGERY Section of Surgery - Division of Breast Surgery

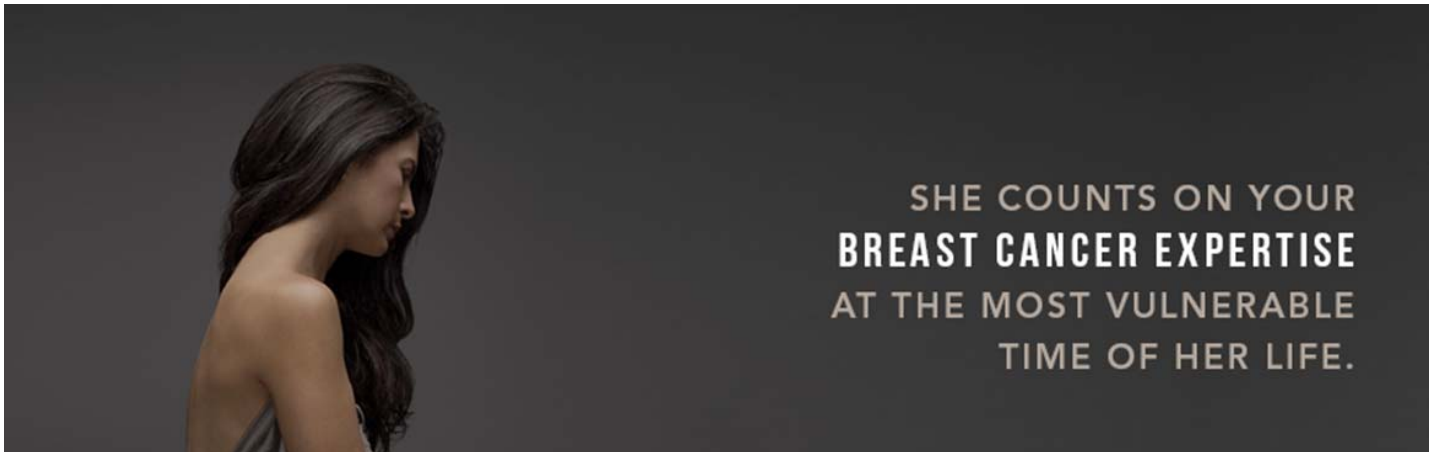
EBSQ Examinations in Breast Surgery

Οι επόμενες εξετάσεις θα γίνουν στις 10-11 Οκτωβρίου 2015, στην Λισαβόνα, Πορτογαλία.



To 4^o Mediterranean Multidisciplinary Oncology Forum (MMOF)

θα διεξαχθεί φέτος στην Κωνσταντινούπολη, στις 27-29 Νοεμβρίου 2015, στο ξενοδοχείο Wyndham Grand Levent. Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η αγγλική και η θεματολογία περιλαμβάνει εκτός από τον καρκίνο του μαστού και θέματα από όλη την ογκολογία. Πρόσφατα υπό την ομπρέλα του MMOF, έχει συσταθεί και το Breast Surgeons Working Group, το οποίο θα συνεδριάσει κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.



OncoType DX™: Καινοτομία στη διαχείριση του DCIS

Το 32^ο Miami Breast Cancer Conference πρόσφατα άνοιξε τις πόρτες του σε μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση στη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο μαστού που περιλάμβανε την εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής αλλά και το όφελος από διάφορες θεραπευτικές αγωγές. Οι παρουσιάσεις στο 32^ο Miami Breast Cancer Conference περιέλαβαν την εξατομικευμένη εκτίμηση κινδύνου ασθενών με DCIS και τη χρήση ορμονικής θεραπείας πάνω από 5 έτη σε ER θετικές ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού.

- Appropriateness of Tamoxifen for 10 Years in Premenopausal Women: The ATLAS/aTTom Trials, Norman Wolmark, MD Ο Dr. Wolmark ανέλυσε τη χρήση ορμονικής θεραπείας πάνω από 5 έτη σε γυναίκες με ER θετικό καρκίνο μαστού. Σημείωσε ότι η εξέταση OncoType DX κατάφερε να ταυτοποιήσει μια ομάδα ασθενών χαμηλού κινδύνου για τις οποίες μπορεί να μην είναι απαραίτητη η χορήγηση ορμονοθεραπείας για 10 έτη. Η εξέταση OncoType DX είναι “θέμα καθημερινής κλινικής πράξης,” και τόνισε ότι είναι ένα “άριστο εργαλείο για να διαχωρίσει κανείς την πιθανότητα απόμακρης υποτροπής μεταξύ 5-15 έτη.”
- DCIS: Predicting Local Recurrence After Local Excision Without Radiation Using Genomic Profiling, Patrick I. Borgen, MD Ο Dr. Borgen παρουσίασε δεδομένα σχετικά με την εξέταση OncoType DX για DCIS από το έδρανο, σημειώνοντας ότι οι ασθενείς της μελέτης του Ontario (2η μελέτη πιστοποίησης) “μοιάζουν με αυτές της κλινικής του” και αντικατοπτρίζουν τις ασθενείς μιας μέσης κλινικής. Δήλωσε ότι κατανοώντας τη βιολογία του DCIS έχουμε το “κλειδί για τη νίκη” και ότι η γενωμική ανάλυση των ασθενών μας δίνει την καλύτερη πιθανότητα να αντιστοιχίσουμε τη θεραπεία στη νόσο.”
- Ψηφοφορία Ακροατηρίου: Θα κάνατε γενωμική ανάλυση σε ασθενή με DCIS;
Πριν τη παρουσίαση: 14%
Μετά τη παρουσίαση: 66%
- Overtreatment of DCIS, Norman Wolmark, MD Η ανάπτυξη της τεχνολογίας των απεικονιστικών και η διαδεδομένη χρήση της μαστογραφίας έχει οδηγήσει σε αύξηση της διάγνωσης DCIS. Παρόλα αυτά, λέει, ότι η ανάπτυξη αυτή στη διάγνωση, έχει πιθανά οδηγήσει σε υπερ-θεραπεία των DCIS. Ο Dr. Wolmark ανέλυσε την εξέταση OncoType DX για DCIS και τη δεύτερη μελέτη πιστοποίησης (της ομάδας του Ontario). Σημείωσε ότι η ομάδα ασθενών της μελέτης του Ontario cohort “πλεονεκτεί σε κλινικές παραμέτρους.”

Ψηφοφορία Ακροατηρίου: Θα χρησιμοποιούσατε την Εξέταση OncoType DX για DCIS στις ασθενείς σας;
Πριν τη παρουσίαση: 38%
Μετά τη παρουσίαση: 72%



GENEKOR

Committed to Biotechnological Innovation

www.genekor.com