

Neinvazivní nádory prsu a další premaligní léze

J. Novotný, D. Pavlišta

Vývoj mléčné žlázy

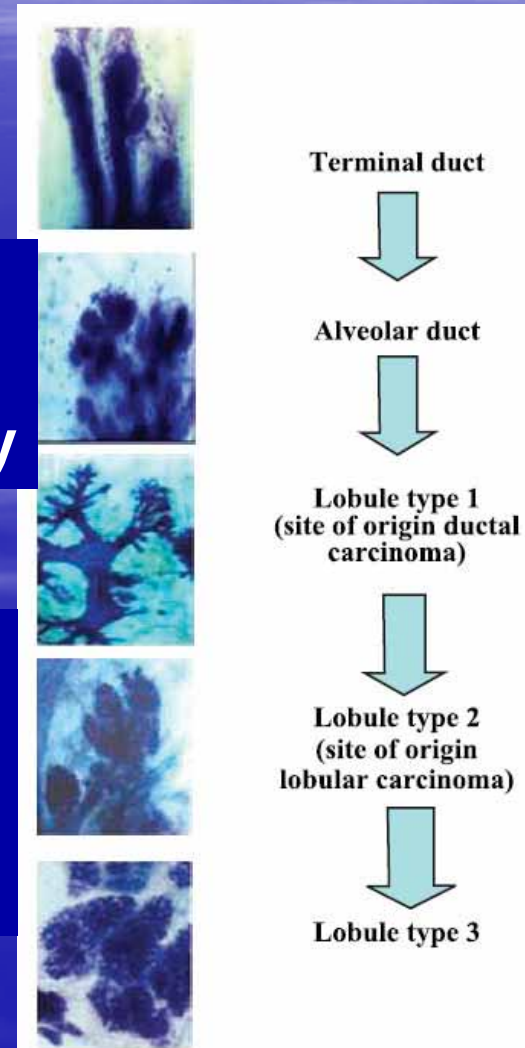
Změny v počtu vývodů

Změny větvení vývodů

Změny poměru žlázové a stromální složky

Fyziologický nález v prsu je velmi široký:

- Predominance duktů
- Predominance lobulů
- Fibrocystická mastopatie



Prsní poradna

- Jaké nemocné sledovat v prsní poradně?

Prsní poradna

- Jaké nemocné sledovat v prsní poradně?
 - Bolesti prsů
 - Palpovatelná léze
 - Nepalpovatelná léze
 - Záněty prsu
 - Výtok z bradavek

Bolesti prsů - klasifikace

- Cyklické
 - dostavují se u 77% žen
 - u 48% žen narušují běžný život

Bolesti prsů - klasifikace

- Necyklické

- Vycházející z prsu

- Tuková nekroza po traumatu
 - Hidradenitis suppurativa
 - Fokální mastitida
 - Cysta(y)
 - Sklerózující periflebitida prsních žil
 - Natažení Cooperova ligamenta

- Projikující se do prsu

- Tietzův syndrom
 - Radikulární bolest
 - ICHS

Bolesti prsů - léčba

- Cyklické:
 - Bez léčby
 - Fytofarmaka (olej z prvosenky)
 - Hormonální antikoncepce s nízkým obsahem estrogenů
 - Tamoxifen
 - Danazol

- Neúčinné: vit. B1, B6, E
- Nemedikamentózní léčba: akupunktura

Bolesti prsů - léčba

- Necyklické:
 - Bez léčby
 - NSAID

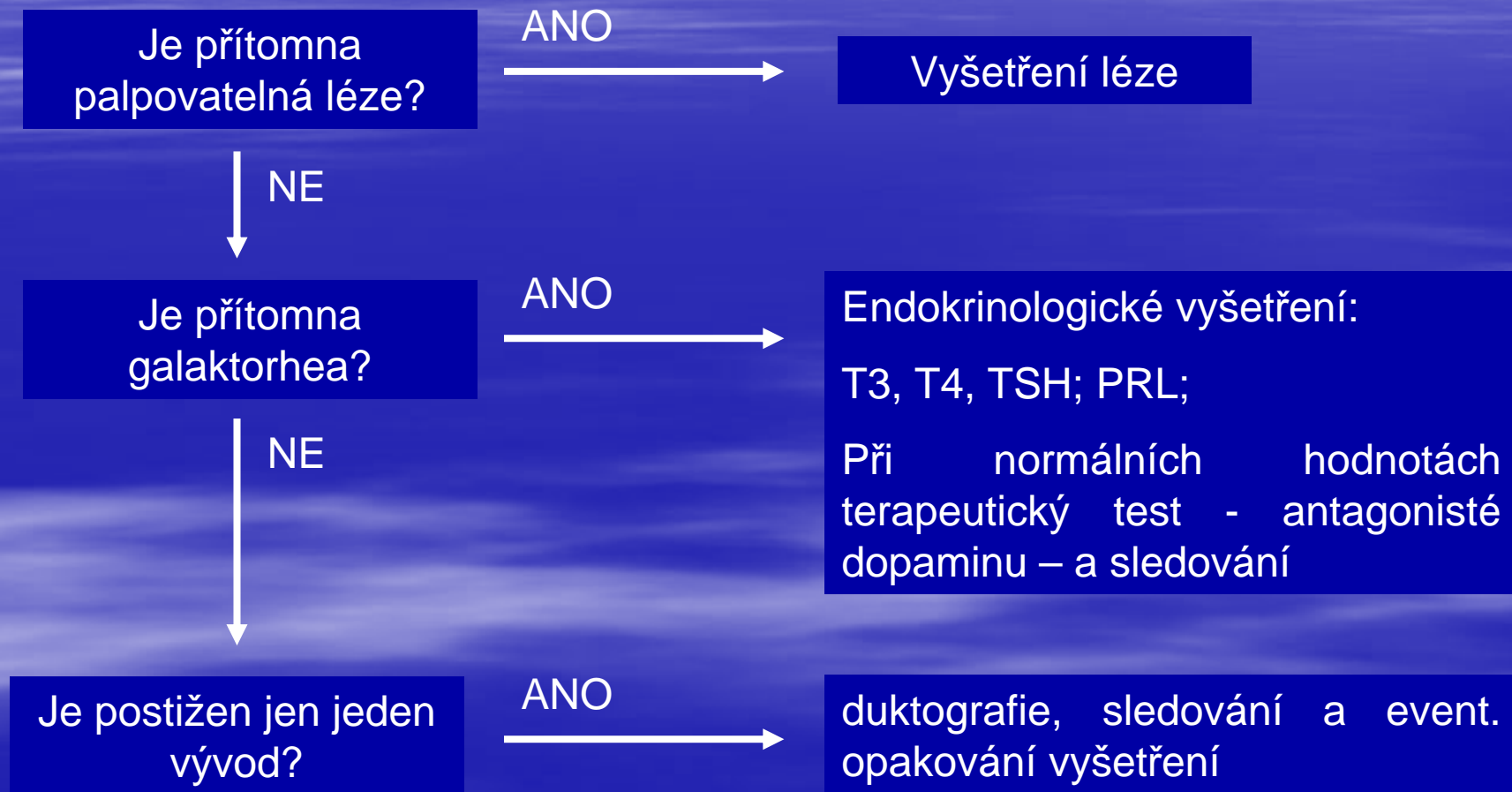
- Nemedikamentózní léčba:
 - evakuace cysty
 - obstříky
 - jiná kauzální léčba

Mastitis

- Palpační vyšetření
- UZ
- Vyšetření zánětlivých markerů

- ATB terapie

Výtok z bradavek



Denzní prs

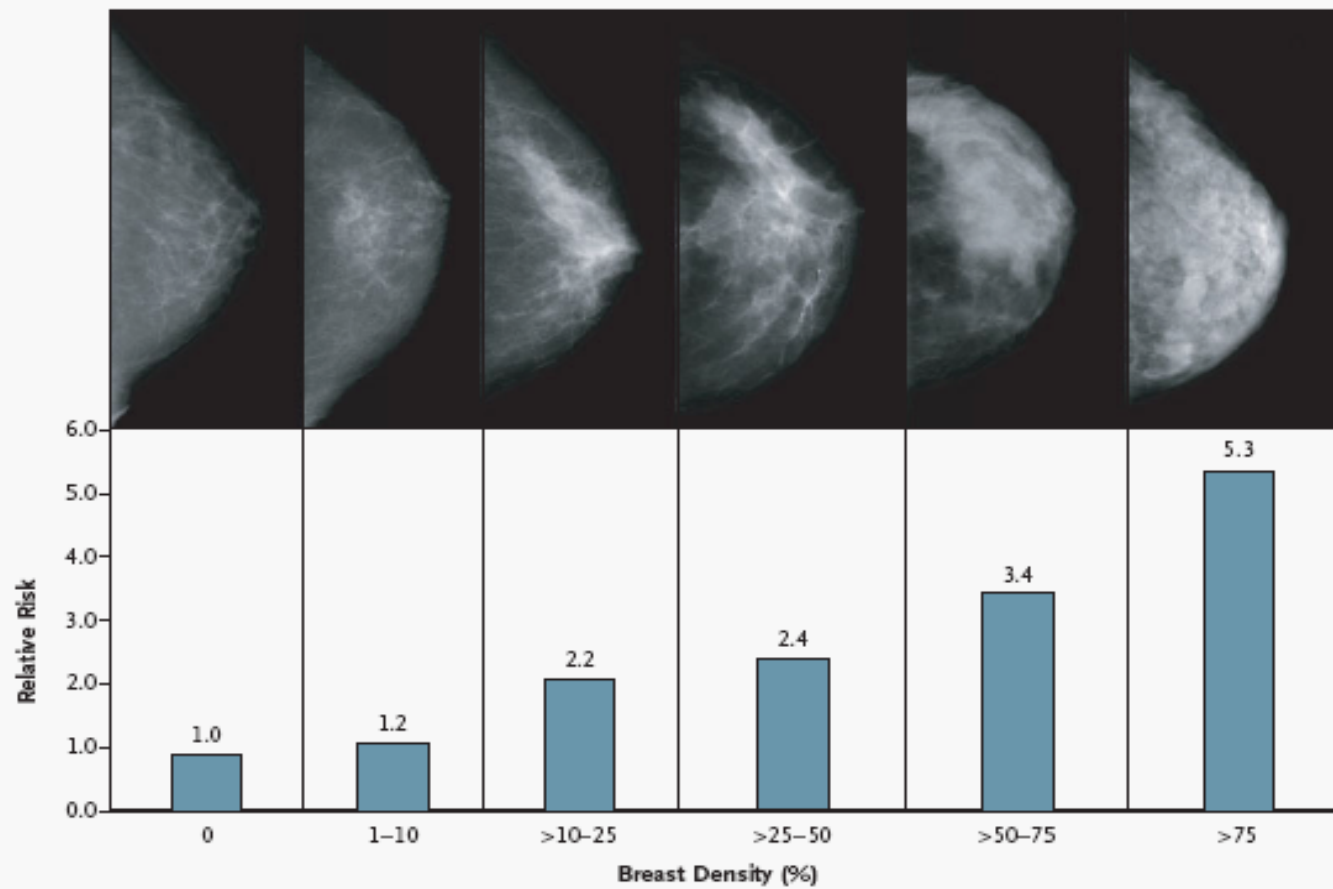


Figure 2. Risk of Breast Cancer According to Breast Density in Premenopausal and Postmenopausal Women.

Riziková benigní onemocnění

Skupina benigních onemocnění		Relativní riziko vzniku karcinomu prsu
Neproliferující léze	Cysty	1,00
	Apokrinní metaplazie	1,00
	Střední forma hyperplazií	1,00
	Fibroadenomy	1,00
Proliferující léze bez atypií	Hyperplazie bez atypií	1,50-2,00
	Intraduktální papilomy Solitární bez atypií	2,04-2,10
	Mikropapilom bez atypií	3,01-3,54
	Radiální jizva	1,82
	Sklerózující adenóza bez atypií	1,50-3,70
Proliferující léze s atypiemi	Intraduktální papilomy Solitární s atypiemi	5,10-13,10
	Mikropapilom s atypiemi	4,4-7,0
	Sklerózující adenóza s atypiemi	5,5
	Atypická ductální hyperplazie	4,70 ¹⁾ 2,40-2,80 ²⁾
	Atypická lobulární hyperplazie	5,80 ¹⁾ 5,30-5,50 ²⁾
	Lobulární karcinom <i>in situ</i>	8,1

Kdy je indikována biopsie

- Core cut biopsie:
 - Jakákoliv palpovatelná i nepalpovatelná léze
- Otevřená biopsie:
 - Radiální jizva
 - Léze činící subjektivní obtíže (FA, ..)
- Není indikace k exstirpaci:
 - ADH, ALH, LCIS
 - Asymptomatický FA, cysta,..

Vývoj benigních onemocnění prsu v invazivní karcinom

ALH



LCIS



Zvýšené riziko IC jakéhokoli
typu:

- kdekoliv v prsu
- i v prsu kontralaterálním

ADH



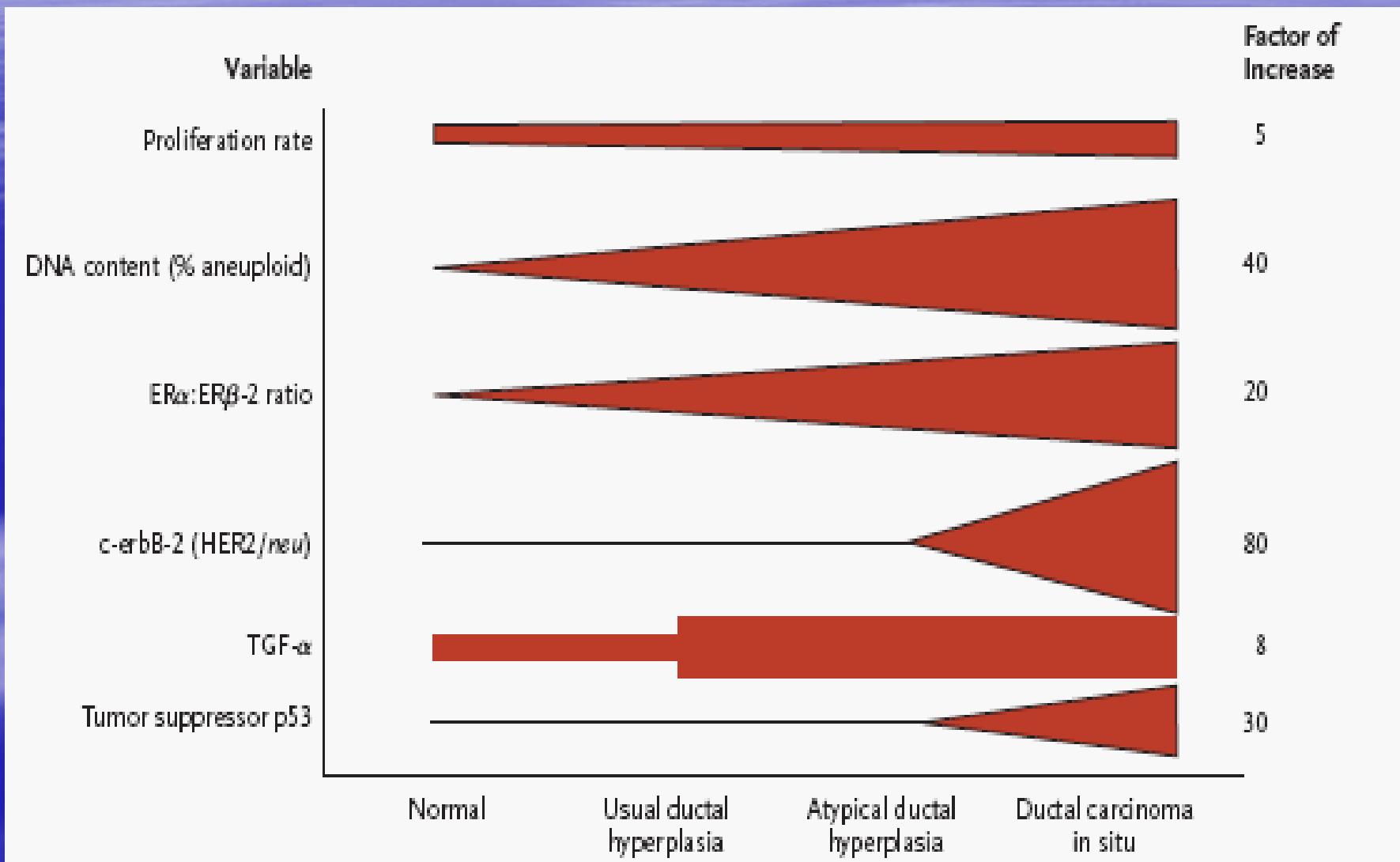
DCIS



DIC:

- v místě DCIS

DCIS

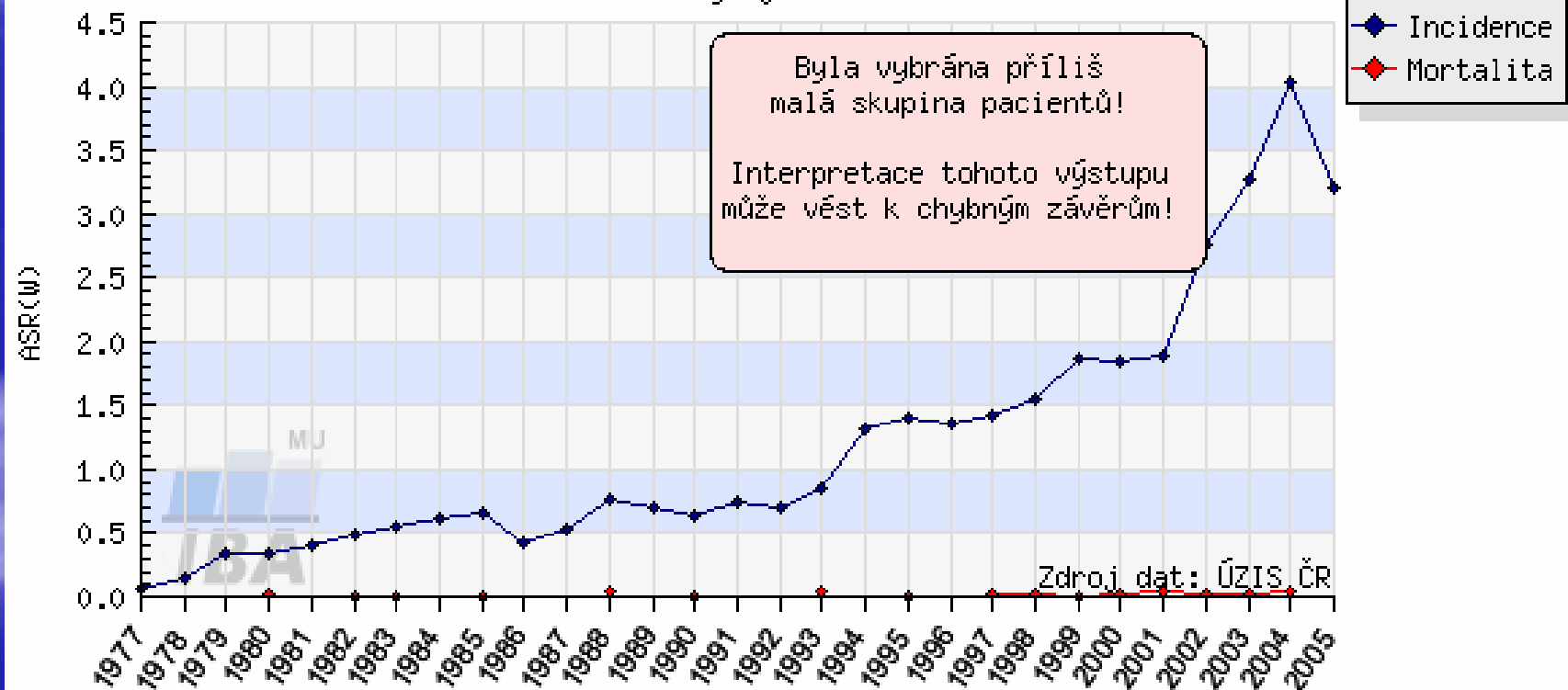


DCIS

- Problém DCIS je nový, souvisí s širokoplošným mamografickým screeningem
- v ČR v roce 2004 312 nových případů
- Trend: incidence se zvyšuje
- Klinická manifestace:
 - Samostatný výskyt DCIS
 - Invazivní karcinom s DCIS (EIC)

D05 - Carcinoma in situ prsu, ženy

Vývoj v čase

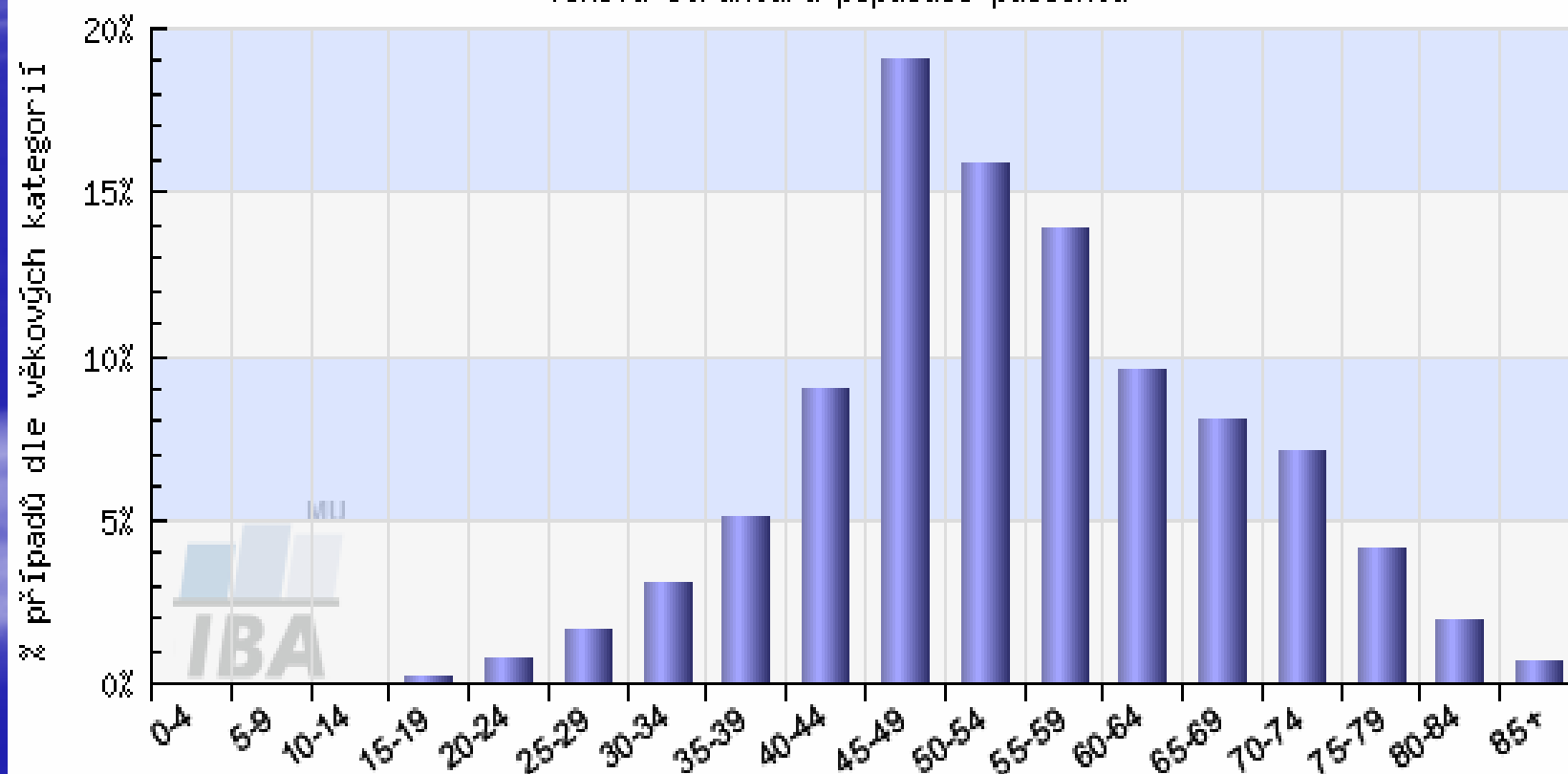


Analyzovaná data: N(inc)=2578, N(mor)=32

<http://www.svod.cz>

D05 - Carcinoma in situ prsu - Incidence, ženy

věková struktura populace pacientů



Analyzovaná data: N=2578

<http://www.svod.cz>

Zdroj dat: ÚZIS ČR

DCIS - Prognostický index USC/VNPI

Skóre	1	2	3
Velikost	≤ 15 mm	16-40 mm	≥ 41 mm
Šířka okrajů	≥ 10 mm	1 – 9	< 1
Patologická klasifikace	Nádor G1 či G2 bez nekrózy	Nádor G1 či G2 s nekrózou	Nádor G3
Věk	> 60 let	40 - 60	< 40 let

Chirurgická léčba DCIS

- Starší studie hodnotily efekt samotné chirurgické léčby a operací s radioterapií:
 - Riziko recidivy v 5 letech – metaanalýza 1999:
 - 22% po parciálním výkonu
 - 8,9% po parciálním výkonu a radioterapii
 - 1,4% po mastektomii
 - Mastektomie snižuje riziko LR nejúčinněji, mortalitu však neovlivňuje

Chirurgická léčba DCIS

- Mastektomie je
 - prováděna u cca 40% pacientek
 - je vyhrazena:
 - pro multicentrické onemocnění
 - při přání pacientky
 - pro případy kontraindikace pooperační radioterapie

Chirurgická léčba DCIS

- V případě positivity sentinelové uzliny
klasifikujeme pacienta jako stádium II.B

Radioterapie DCIS

Studie	M Fup (roky)	Absolutní riziko recidivy onemocnění v prsu		RR	p
		RT-	RT+		
NSABP B-17	12	32%	16%	50%	<0,000005
EORTC 10853	10	26%	15%	42%	<0,0001
UK/ANZ	5	14%	6%	53%	0,0001

Radioterapie DCIS

- Tyto studie přinášejí důkaz, že:
 - radioterapie snižuje riziko recidivy o 50%
 - radioterapie nemění přežívání pacientek
- Další důvod proč zářit:
 - negativní studie z DFCI Boston:
 - pacientky po SE s dobrou prognózou dle VNPI, fáze III jednoramenná, 158 pacientek
 - roční míra recidiv 2,4%, z toho 31% invazivních
 - studie předčasně ukončena

Hormonální léčba DCIS

- NSABP B 24

- 1804 žen,

- Design: SE + RT +/- Tam 5 let

- Četnost recidiv při M Fup 5 let:

- Tamoxifen vs Placebo

- 8,2% vs 13,4% p=0,0009

- o 43% méně invazivních BC

- o 31% méně neinvazivních BC

Hormonální léčba DCIS

- NSABP B 24

- Četnost recidiv při M Fup 8,7 let dle HR:

■ Tamoxifen	vs	Placebo	HR-
■ 23%	vs	26%	ns
■ Tamoxifen	vs	Placebo	HR+
■ 10%	vs	23%	ss

Hormonální léčba DCIS

- UK/ANZ

- Design: SE +/- RT +/- Tam 5 let

- Snížení četnosti recidiv při Tam o 42%

Léčba DCIS - souhrn

- Operace s využitím sentinelové uzliny
- Radioterapie
 - Vždy po prs zachovném výkonu
- Hormonální léčba:
 - Tamoxifen u všech HR+ DCIS

Děkuji za pozornost