

Minulá a současná praxe chirurgického řešení karcinomu prsu

V tomto čísle se vám dostává do rukou kromě jiného přehledná práce zabývající se možnostmi minimalizace rozsahu operací v axile u karcinomu prsu. Samotný článek je poměrně vyčerpávající a dávající velmi malý prostor pro případnou polemiku, snad s výjimkou toho našeho lehce odlišného pohledu na současné doporučení pro praxi, který je však asi zatím vhodný skutečně pouze pro naše high volume pracoviště.

Vzhledem k tomu, že tato problematika je i mým denním chlebem, si ovšem nedokážu odpustit subjektivní komentář.

Ač z toho nemám radost, začínám v této oblasti patřit k pamětníkům, takže pamatuji doby, kdy se diagnóza karcinomu prsu automaticky rovnala indikaci k radikální modifikované mastektomii. Paradoxní bylo to, že i když v té době již bylo prokázáno, že parciální mastektomie v kombinaci s ozářením dává stejné výsledky, prosazování těchto metod naráželo u nás na tuhý odpor radioterapeutů a klinických onkologů, a ten se dařilo jen velmi obtížně překonávat. Seznam kontraindikací ke konzervativním výkonům ze začátku 90. let minulého století by dnes byl asi většinou zúčastněných k smíchu.

V nástupu éry sentinelových biopsií existoval docela zajímavý paradox. Protože u melanomu, kde se se sentinelovými uzlinami (sentinel lymph node – SLN) začínalo, do té doby platil přístup „watch and wait“, tedy indikace k lymfadenektomii pouze v případech jednoznačného postižení uzlin, bylo zavedení sentinelových biopsií v podstatě výrazné zvýšení radikality operačního výkonu a zpřesnění stagingu (toho si lze povšimnout na výstupech Národního onkologického registru (NOR), kde v letech 1994–1995 oproti předchozím letům u melanomu výrazně narostl podíl III. klinických stadií). Zároveň u melanomu bylo známo to, co u karcinomu prsu je nyní pracně objevováno, tedy že časnější lymfadenektomie zlepšuje regio-

nální kontrolu, ale nikoli celkové přežití. Přenesení technologie na karcinom prsu pak bylo logickým krokem. Není bez zajímavosti, že tento pokrok již byl klinickými onkology i radioterapeuty spíše podporován.

Při pohledu na indikace operačních zákroků na regionálních uzlinách hraje poměrně zásadní roli to, jestli je výkon vnímán jako terapeutický nebo diagnostický. V dřevních dobách byly lymfadenektomie považovány za jednoznačně terapeutické, a podle toho vypadala jak jejich indikace, tak i samotná operace, která se snažila o maximální odstranění všech uzlin. Pohříchu z pohledu chirurga je snaha o dosažení technicky co nejdokonalejšího odstranění docela přirozená a díky tomu i dnes velmi často přítomná. Po vyvrácení lokoregionální koncepce metastazování byl terapeutický cíl nahrazen cílem diagnostickým (nakonec ještě dnes u karcinomu prsu platí, byť již neabsolutně, že stav axilárních uzlin je nejdůležitějším prognostickým faktorem). V době před příchodem sentinelových biopsií probíhaly diskuze o tom, zda by nebylo možné v některých případech od stagingu axily zcela upustit, byly snahy i o zmírnění rozsahu axilárního stagingu (např. tzv. sampling).

Poté „čas oponou trhnul a změněn svět“: přišly sentinelové biopsie. Náhle jsme měli v rukou nástroj, který nám dokázal s velkou přesností nalézt i velmi drobné lymfatické metastázy. Velká část pacientek byla ušetřena axilárních disekcí (axillary dissection – AD). U další části jsme měli patologický průkaz přítomnosti metastázy, a tedy „neprůstřelnou“ indikaci k disekci. Od začátku bylo jasné, že asi není jedno, zda je metastáza o velikosti několik buněk či jak u nás interně říkáme „brambory“. Spíše je zajímavé, jak dlouho trvalo, než se podařilo tyto rozdíly nějak uchopit a dovést do praxe, jak cestou různých nomogramů pro určení pravděpodobnosti postižení dalších uzlin, tak po dnes široce uzná-

vanou studii Z0011. Zásadní rozdíl mezi nomogramy a následnými studii je ovšem ve filozofii. Zatímco nomogramy říkají, že když je vysoká pravděpodobnost postižení, je nutno vše odstranit, následné studie již počítají s adjuvantní terapií, a tedy hodnotí až konečný výsledek. Zajímavým faktem je, že prakticky stejná otázka je řešena u melanomu a navzdory praktické neexistenci účinné adjuvance dochází k víceméně stejným závěrům.

Aby vše nebylo tak jednoduché, kliničtí onkologové široce oživilí koncept neoadjuvantní systémové terapie, především chemoterapie. Tento koncept je poměrně starý, jeho obliba se pohybuje na sinusoidě a v současné době je u karcinomu prsu na obrovském vzestupu. Důvodů pro neoadjuvantní chemoterapii je celá řada, některé jsou zcela logické, některé problematické, to je však téma pro někoho jiného. Pro chirurga však v mnoha případech přináší řadu problémů. Jistě, v některých případech může z inoperabilního stavu udělat stav operabilní, v případech technicky operabilních již pro chirurga přímo na operačním sále takovým požehnáním není. Pro nechirurga jsou některé problémy obtížně pochopitelné, např. jiný charakter i zdravých tkání, prosáknutí struktur, větší tendence k drobnému krvácení, tyto problémy jsou ve studiích nezachytitelné a chirurg si s nimi nakonec vždycky nějak poradí. Problémem větším je však indikace vhodného výkonu.

Řešila se otázka rozsahu výkonu v prsu. Původním doporučením bylo odstranění žlázy ve stejném rozsahu jako bez neoadjuvance. Pochopitelným protiargumentem pak bylo, proč ji tedy dávat. Nyní se rozsah ustálil na logickém odstranění rezidua. Pokud reziduum není, pak se odstraňuje místo původního tumoru, nyní nejčastěji označené klipem. Otázkou do budoucna je, zda odstraňovat něco, co tam není.

Zatímco v prsu samotném je situace ještě relativně jednoduchá, v oblasti axily je situace mnohem komplikovanější. Před zavedením sentinelových biopsií bylo řešení jednoduché, indikovala se disekce vždy. Po zavedení sentinelové biopsie byla situace problematictější. Dlouhou dobu byla proběhlá neoadjuvance považována za kontraindikaci sentinelové biopsie. Podání neoadjuvance tedy především u drobnějších nádorů tedy znamenalo de facto poškození pacientky zbytečnou AD. Jedním z postupů, jak tomu čelit byla možnost sentinelové biopsie před neoadjuvancí. Příliš se nerozšířil, znamenal jednu operaci navíc. Postupně se ukázalo, že u pacientek, které nemají před systémovou terapií axilární metastázy, je sentinelová biopsie technicky možná stejně jako před neoadjuvancí. Posledním dílkem, který je momentálně řešen, a který

je z velké části obsahem předloženého přehledu, je možnost sentinelové biopsie po neoadjuvanci u pacientek s předléčebně postiženými uzlinami. Je tu řada problémů, kterým je nutno čelit, tedy jak nejlépe uzliny najít, jak identifikovat ty, které byly postiženy před neoadjuvancí, co dělat, když se uzlinu nedaří identifikovat. A opět do vzdálenější budoucnosti otázka, zda bude vůbec nutno při kompletní regresi operovat, stejně jako to, jestli i v těchto případech bude nadále přítomnost metastázy důvodem k disekci.

Na našem pracovišti se nyní držíme doporučení u nepředléčených pacientek s parciální mastektomií nedoplňovat AD při postižení maximálně dvou SLN a nepřítomnosti extranodálního růstu, u kompletní mastektomie je bohužel zatím prostá přítomnost metastázy v uzlině indikací k disekci.

U pacientek s neoadjuvancí vyžadujeme označení tumoru klipem a v případě postižení uzlin i označení postižené uzliny. Při operaci je pak snaha o odstranění jak všech aktivních případně zbarvených a hmatných uzlin, tak uzliny zaklipované. Při pozitivním nálezu se pak prozatím držíme indikace k disekci.

Všeobecně vše vede ke zmenšování a zpřesňování výkonů jak v oblasti prima, tak v oblasti uzlin, což ale na druhé straně přináší stále vyšší nároky na předoperační diagnostiku a lokalizaci, tak i na specializaci samotných chirurgů a na jejich vybavení, což opět zdůrazňuje nutnost soustředění pacientů na high volume pracovištích.

*doc. MUDr. Vuk Fait, CSc.
LF MU a Klinika operační
onkologie MOÚ, Brno*

KLINICKÁ ONKOLOGIE

Přejeme příjemné prožití vánočních svátků a v novém roce pevné zdraví, mnoho štěstí a spokojenosti. Děkujeme všem autorům a recenzentům za spolupráci v roce 2017 a těšíme se na další.

PF 2018