

Analizie poddano wyniki leczenia 54 chorych ze wznową miejscową, leczonych z powodu pierwotnego raka piersi w Wielkopolskim Centrum Onkologii w latach 1983–1987. 5 lat od rozpoczęcia leczenia wznowy miejscowej raka piersi przeżyło 18/56 chorych (33,3 proc.).

Wycięcie miejscowe wznowy raka piersi z uzupełniającą radioterapią i/lub leczeniem ogólnoustrojowym pozwoliło uzyskać większy odsetek przeżyć 5-letnich (61,5 proc.; 18/26) niż w wypadku grupy chorych nie zakwalifikowanych do zabiegu (3,6 proc.; 2/28 chorych). W grupie chorych z T2 (n = 25) 5 lat przeżyło 13 chorych (52 proc.) w porównaniu z grupą chorych o zaawansowaniu T3 (n = 24), w której 5 lat przeżyło 5 chorych (20,8 proc.).

**Słowa kluczowe:** wznowa miejscowa, rak piersi, leczenie.

*54 patients with local recurrence of breast cancer were treated in Great-Poland Cancer Center between 1983–1987. 5-year survival rate was 33,3%. Patients treated with local incision followed by radiotherapy and/or systemic therapy had higher 5-year survival rate (61,5%) than patients disqualified for incision (3,6%). Locally advanced tumors (stage T3) had worse prognosis than tumors in stage T2 – 5-year survival rate was respectively 20,8% and 52,0%.*

**Key words:** local recurrence, breast cancer, treatment.

# Ocena wyników leczenia chorych z nawrotem miejscowym raka piersi

## *Results of treatment of local recurrence of breast cancer*

Janusz Skowronek, Krystyna Adamska, Dorota Jaroszyk, Elżbieta Nowakowska, Irena Mańkowiak, Grażyna Mróz-Bąk, Maria Kubaszewska

I Oddział Radioterapii Ogólnej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

### WSTĘP

Wznowa miejscowa raka piersi (nawrót) jest to pierwsze pojawienie się nowotworu po okresie, w którym nie stwierdza się jego klinicznych objawów. Terminem tym określamy pojawienie się guza w ścianie klatki piersiowej, przylegającej skórze, pozostałej tkance piersi oraz w węzłach chłonnych pachowych i nadobojczykowych po stronie guza pierwotnego [1].

Wznowa miejscowa po mastektomii różni się od miejscowej wznowy po tumorektomii przebiegiem klinicznym, metodą leczenia i rokowaniem.

Większość wznów wykrywa się w pierwszych 5 latach od zakończenia leczenia ogniska pierwotnego, rozpoznaje się je również nawet po 15 i więcej latach [2–5].

Ryzyko pojawienia się wznowy miejscowej zależy od wielkości guza (T), obecności i liczby przerzutów do węzłów chłonnych pachowych (N), metody leczenia chirurgicznego oraz uzupełniającego zabieg [1, 6, 8, 11, 12].

Rokowanie jest najczęściej niepomyślne. 5 lat bez objawów choroby przeżywa średnio 20–30 proc. chorych, mediana przeżycia wynosi 2–3 lata [1, 9, 10]. Do korzystnych czynników rokowniczych należą: długi okres pomiędzy rozpoczęciem leczenia guza pierwotnego a rozpoznaniem wznowy, mała masa guza w momencie wznowy, niski stopień zaawansowania klinicznego guza pierwotnego, obecność receptorów steroidowych [1].

Leczenie wznowy miejscowej obejmuje wycięcie pojedynczej wznowy w granicach tkanek zdrowych z następową radioterapią, o ile chora nie była wcześniej napromieniana. Jeśli wznowa nie nadaje się do wycięcia, leczeniem z wyboru pozostaje radioterapia. W wypadku rozszewu choroby stosuje się chemioterapię lub hormonoterapię, wielu zwolenników ma też zastosowanie tych metod leczenia jako uzupełnienia leczenia miejscowego bez objawów rozszewu.

Celem pracy jest retrospektywna ocena

wyników leczenia chorych ze wznową miejscową raka piersi, leczonych w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

### MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano wyniki leczenia 54 chorych ze wznową miejscową, leczonych z powodu pierwotnego raka piersi w Wielkopolskim Centrum Onkologii w latach 1983–1987. Stanowiło to 6,2 proc. (54/878) wszystkich chorych poddanych następnie 5-letniej obserwacji. Wiek chorych w momencie rozpoznania raka piersi (pierwotnego) sięgał 27–79 lat i wynosił średnio 53,2 lata.

Analizie poddano chorych po mastektomii. Omówiono cechy kliniczne i wyniki leczenia chorych w zależności od zastosowanej metody leczenia oraz odsetki 5-letnich przeżyć.

Wyniki opracowano na podstawie retrospektywnej analizy historii chorób oraz przeprowadzonej katamnezy.

Oceny statystycznej dokonano przy użyciu testu chi-2.

### WYNIKI

5 lat od rozpoczęcia leczenia wznowy miejscowej przeżyło ogółem 18/54 chorych, tj. 33,3 proc., najwięcej w grupie wiekowej 41–50 – 55,6 proc. (tab. 1.). Odsetki przeżyć 5-letnich w zależności od metod leczenia pierwotnego raka piersi nie wykazały istotnych zależności (tab. 2.).

Stwierdzono wyższy odsetek przeżyć 5-letnich od rozpoznania wznowy w grupie chorych z niższym stopniem zaawansowania klinicznego (wg TNM), jednak niewielka liczebność grupy badanej nie pozwala na ocenę znamienności statystycznej (tab. 3.).

W tabeli 4. przedstawiono odsetek przeżyć 5-letnich w zależności od długości okresu pomiędzy zakończeniem leczenia guza pierwotnego a rozpoznaniem wznowy miejscowej. W grupie chorych o bezobjawowym przebiegu choroby powyżej 5 lat,

41,7 proc. przeżyło następnie 5 lat od momentu rozpoznania wznowy miejscowej, (nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w porównaniu z grupą chorych o krótszym okresie do pojawienia się wznowy).

Wycięcie wznowy miejscowej w połączeniu z leczeniem uzupełniającym pozwoliło na przeżycie 5 lat ogółem 16/26 chorych (61,5 proc.). W grupie chorych nie zakwalifikowanych do zabiegu chirurgicznego odsetek ten wynosił 3,6 proc. (2/28) (tab. 5.).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Obecność oraz liczba przerzutów do węzłów chłonnych jest najlepszym czynnikiem rokowniczym wystąpienia wznowy miejscowej. U 12 do 27 proc. kobiet z zajętymi węzłami chłonnymi pachowymi w momencie rozpoznania należy się spodziewać wznowy w okresie 5 lat obserwacji w porównaniu z 10 proc. brakiem przerzutów do węzłów [6, 7, 13]. Również u kobiet z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi, leczonych wyłącznie chirurgicznie, notuje się wyższy odsetek wznów miejscowych. 60–80 proc. wznów występuje w tej grupie w ciągu pierwszych 2 lat obserwacji [3, 6, 14].

Pomimo znaczenia rokowniczego przerzutów do węzłów chłonnych pachy rzadko obserwuje się wznowę ograniczoną jedynie do węzłów. Najczęstszym miejscem wznowy (do 50 proc. chorych) jest ściana klatki piersiowej oraz przylegająca skóra [3, 14].

Leczeniem z wyboru wznowy miejscowej są leczenie chirurgiczne oraz radioterapia. Miejscowe wycięcie jest zalecane jedynie u chorych z niewielkim guzem [1]. Tylko u ok. 30 proc. chorych leczonych miejscowym wycięciem uzyskuje się wyleczenie [15].

Radioterapia jest często stosowana z dobrym skutkiem, z remisją miejscową sięgającą 63–97 proc. [9, 15–18]. Większość badaczy uważa, że leczeniem powinno się objąć nie tylko obszar wznowy, ale również układ chłonny lokoregionalny [18]. Niepowodzenia leczenia są związane z uogólnieniem choroby oraz pojawieniem się nowych ognisk wznowy [1, 18]. Uważa się, że maksymalne usunięcie wznowy przed radioterapią zwiększa odsetek kontroli miejscowej [9].

Leczenie ogólnoustrojowe chorych ze wznową miejscową jest nadal przedmiotem kontrowersji [1]. Większość chorych ze wznową miejscową ginie z powodu przerzutów odległych, co wskazuje na konieczność leczenia cytostatykami lub hormonoterapii, brak jednak jednoznacznych zaleceń co do czasu rozpoczęcia tego leczenia.

W badanej grupie 54 chorych uzyskano 33,3 proc. przeżyć 5-letnich. Odsetek ten był mniejszy w grupie chorych z bardziej zaawansowanym klinicznie wg TNM pierwotnym rakiem piersi. W grupie cho-

**Tabela 1. Odsetek przeżyć 5-letnich od rozpoznania wznowy miejscowej a wiek chorych w momencie rozpoczęcia leczenia raka piersi**

Wiek	n =	Przeżycie < 5 lat		Przeżycie > 5 lat	
		n =	proc.	n =	proc.
< 30	3	2	66,6	1	33,3
31–40	5	3	60,0	2	40,0
41–50	18	8	44,4	10	55,6
51–60	16	13	81,3	3	18,7
61–70	8	6	75,0	2	25,0
> 70	4	4	100,0	0	0,0
	54	36	66,7	18	33,3

**Tabela 2. Odsetek przeżyć 5-letnich od rozpoznania wznowy miejscowej a metody leczenia pierwotnego raka piersi**

Metoda leczenia	n =	od rozpoznania do wznowy		po leczeniu wznowy		średni okres (w miesiącach) do wznowy
		n =	proc.	n =	proc.	
1. mastektomia prosta i hormonoterapia	4	1		0		58,0
2. mastektomia i radioterapia (bez blizny)	4	0		1		25,0
3. mastektomia i radioterapia (z blizną)	10	3	30,0	3	30,0	30,0
4. mastektomia, radioterapia i chemioterapia	13	4	30,8	4	30,8	41,0
5. mastektomia	16	4	41,6	8	50,0	52,0
6. mastektomia i chemioterapia	7	0		2	28,6	22,0
	54	12		18		

**Tabela 3. Odsetek przeżyć 5-letnich od rozpoznania wznowy miejscowej w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego (wg TNM) guza pierwotnego**

TNM	n=	Przeżycie poniżej 5 lat			> 5 lat	
		n =	proc.	średni okres (w miesiącach)	n =	proc.
T2N0	6	2	33,3	34,0	4	66,7
T2N1	19	10	52,6	34,6	9	47,4
T3N0	10	8	80,0	32,6	2	20,0
T3N1	14	11	78,6	21,4	3	21,4
T4N1	3	3	100,0	27,0		0
T4N2	2	2	100,0	4,0		0
	54	36	66,7		18	33,3

rych z T2 (n = 25) 5 lat przeżyło 13 chorych (52 proc.), z T3 (n = 24) 5 lat przeżyło 5 chorych (20,8 proc.), a z T4 (5 chorych) nikt nie przeżył 5 lat.

W grupie 16 chorych bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) 6 kobiet (37,5 proc.) przeżyło 5 lat od momentu rozpoznania wznowy w porównaniu z 12 kobietami (31,6 proc.) z zajętymi węzłami chłonnymi (N1-2) (tab. 3.).

Długość okresu pomiędzy rozpoznaniem guza pierwotnego i wznowy miejscowej prawdopodobnie miał wpływ na odsetek przeżyć 5-letnich, – 42 chorych z okresem krótszym od 5 lat do wznowy 13 (30,9 proc.) przeżyło potem 5 lat, podczas gdy przy okresie dłuższym od 5 lat odsetek ten wyniósł 41,7 proc. Różnica ta jednak nie wykazała statystycznej istotności (tab. 4.). Wyniki te są porówny-

**Tabela 4. Odsetek przeżyć 5-letnich od rozpoznania wznowy miejscowej w zależności od długości okresu pomiędzy zakończeniem leczenia guza pierwotnego a rozpoznaniem wznowy miejscowej**

Długość okresu (w miesiącach)	n =	Przeżycia 5-letnie	
		n =	proc.
< 6	12	2	16,7
6-12	7	4	57,1
12-24	9	3	3,3
24-36	7	3	42,9
36-48	5	1	20,0
48-60	2	0	0,0
> 60	12	5	41,7
	54	18	33,3

walne do uzyskiwanych przez innych autorów [2, 18].

Istotne znaczenie dla zwiększenia przeżyć 5-letnich miało usunięcie chirurgiczne wznowy miejscowej w porównaniu z grupą chorych zdyskwalifikowanych od zabiegu ze względu na zaawansowanie miejscowe choroby. W pierwszej grupie 16 chorych (61,5 proc.) przeżyło następnie 5 lat, w drugiej grupie 2 (3,6 proc.).

Znaczenie wcześniejszego zabiegu poprzedzającego radioterapię nie jest zawsze podkreślane przez innych autorów, część z

nich uważa, że sama radioterapia może być leczeniem z wyboru [2, 18]. Brak jednak wyników badań klinicznych, porównujących grupy chorych leczonych wyłącznie radioterapią z grupą leczoną metodą skojarzoną.

## WNIOSKI

- 5 lat od rozpoczęcia leczenia wznowy miejscowej raka piersi przeżyło 18/56 chorych (33,3 proc.).
- Wycięcie miejscowe wznowy raka piersi z uzupełniającą radioterapią i/lub leczeniem ogólnoustrojowym pozwoliło uzyskać większy odsetek przeżyć 5-letnich (61,5 proc.; 18/26) niż w wypadku grupy chorych nie zakwalifikowanych do zabiegu (3,6 proc.; 2/28 chorych).
- W grupie chorych z T2 (n = 25) 5 lat przeżyło 13 chorych (52 proc.) w porównaniu z grupą chorych o zaawansowaniu T3 (n = 24), w której 5 lat przeżyło 5 chorych (20,8 proc.).

## PIŚMIENNICTWO

- Harris J. R., Morrow M., Bonadonna G.: *Cancer of the Breast*. W: DeVita V. T., Hellmann S., Rosenberg S. A.: *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. JB Lippincott 1993, 1296.
- Jassem J. (red.): *Rak sutka*. PWN-Springer, Warszawa 1997, 299-304.
- Gilliland M. D., Barton R. M., Copeland E. M.: *The implications of local recurrence of breast cancer as the first site of therapeutic failure*. *Ann Surg* 1983, 197, 284-287.
- Deutsch M., Parsons J. A., Mittal B. B.: *Radiation therapy for local regional recurrent*

*breast carcinoma*. *Int J Radiat Oncol Phys* 1986, 12, 2061.

- Fentiman I. S., Matthews P. N., Davidson O. W. i wsp.: *Survival following local skin recurrence after mastectomy*. *Br J Surg* 1985, 72, 14.
- Valagussa P., Bonadonna G., Veronesi U.: *Patterns of relapse and survival following radical mastectomy: analysis of 716 consecutive patients*. *Cancer* 1978, 41, 1170.
- Fisher B., Redmond C., Fisher E. R. i wsp.: *Ten-years results of a randomised trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with and without radiation*. *N Engl J Med* 1985, 312, 674.
- Fisher B., Redmond C., Poisson R. i wsp.: *Eight-years results of a randomised trial comparing total mastectomy and lumpectomy with and without radiation in the treatment of breast cancer*. *N Engl J Med* 1989, 320, 822.
- Aberkz W. J., Silver B., Henderson I. C. i wsp.: *The use of radiotherapy for treatment of isolated locoregional recurrence of breast carcinoma after mastectomy*. *Cancer* 1986, 58, 1214.
- Recht A., Hayes D.: *Local recurrence following mastectomy*. W: Harris J., Hellmann S., Henderson I. C. i wsp. (red.): *Breast diseases. 2nd ed.* JB Lippincott, Philadelphia 1991, 527-540.
- Halverson K. J., Perez C. A., Kuske R. R. i wsp.: *Survival following locoregional recurrence of breast cancer: univariate and multivariate analysis*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992, 23, 285.
- Crowe J. P. Jr., Gordon N. H., Antunec A. R. i wsp.: *Local-regional breast cancer recurrence following mastectomy*. *Arch Surg* 1991, 126, 429.
- Haagensen C., Bodian C.: *A personal experience with Halsted's radical mastectomy*. *Ann Surg* 1984, 199, 143-150.
- Zimmermann K., Montague E., Fletcher G.: *Frequency, anatomical distribution and management of local recurrences after definitive therapy for breast cancer*. *Cancer* 1966, 19, 67-74.
- Beck T., Hart N., Woodard D. i wsp.: *Local or regionally recurrent carcinoma of the breast: Results of therapy in 121 patients*. *J Clin Oncol* 1983, 1, 400-405.
- Bedwinek J., Fineberg B., Lee J.: *Analysis of failure following local treatment of isolated local-regional recurrence of breast cancer*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1981, 7, 581-585.
- Chen K., Montague E., Oswald M.: *Results of irradiation in the treatment of locoregional breast cancer recurrence*. *Cancer* 1985, 56, 1269-1273.
- Galecki J., Grudzień-Kowalska M., Załucki W. i wsp.: *Ocena skuteczności napromieniania chorych z nawrotem lokoregionalnym po mastektomii z powodu raka sutka*. *Nowotwory* 1996, 46, 285-292.

**Tabela 5. Odsetek przeżyć 5-letnich od rozpoznania wznowy miejscowej w zależności od metody leczenia wznowy miejscowej**

Metoda leczenia wznowy	n=	< 5 lat		> 5 lat	
		n=	proc.	n=	proc.
1. wycięcie i radioterapia (lokoregionalna, blizna)	2	0		2	
2. wycięcie i radioterapia (okolicy wznowy)	5	0		5	
3. wycięcie, radioterapia (lokoregionalna, blizna) i chemioterapia	5	0		5	
4. wycięcie, radioterapia (okolicy wznowy) i chemioterapia	8	6	75,0	2	25,0
5. wycięcie i chemioterapia	5	3	60,0	2	40,0
6. wycięcie, radioterapia i hormonoterapia	1	1		0	0,0
	26	10	38,5	16	61,5
7. radioterapia (blizna) i chemioterapia	8	6	75,0	2	25,0
8. radioterapia (blizna) i hormonoterapia	5	5		0	0,0
9. chemioterapia i hormonoterapia	9	9		0	0,0
10. hormonoterapia	4	4		0	0,0
11. leczenie objawowe	2	2		0	0,0
	28	26	96,4	2	3,6
	54	36	66,7	18	33,3

## ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. Janusz Skowronek  
I Oddział Radioterapii  
Wielkopolskie Centrum Onkologii  
ul. Garbary 15  
61-866 Poznań