

Tadeusz Pieńkowski

Treatment of breast cancer as a chronic disease

Leczenie raka piersi jako choroby przewlekłej

Лечение рака груди как продолжительного заболевания

Correspondence to: Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
Source of financing: Department own sources

Breast cancer starts to be seen as a chronic disease, which may be controlled for a long time. Considerable merit in this edifying fact popularizing have our patients and their organizations. They testify the success of oncology, appearing publicly. This still need a moral courage, because cancer remains, in social consciousness, a stigmatize disease.

During last years, in a lot of developed countries, there have been achieved decrease in mortality due to the breast cancer. This effect was obtained, because of constantly growing morbidity ratio. Acquiring of the death rate decrease with all the time growing morbidity is a huge success, until now not met in oncology. It became possible, because of using achievements of basic sciences in clinical practice, screening introduction, and, what is so important, conjugated treatment in most of patients. This result achievement was possible, because of anxiety reduction campaign, and because of organizational resolutions, making possible diagnosis and treatment in specialistic centers, treating breast cancer patients exclusively.

The mortality rate of breast cancer in Poland has been constant since year 2000, and demonstrates the decreasing tendency. Such result was achieved nevertheless of growing mortality. Also the way of suffering from cancer is still changing. In quite big amount of patients, treatment may be performed without necessity of mastectomy. Patients after mastectomy have possibility for reconstructive surgery. Mental and physical rehabilitation became an integral part of the treatment. Breast cancer patients, in spite of injury, treatment necessity and

Coraz powszechniej rak piersi postrzegany jest jako choroba przewlekła, którą można skutecznie przez długi czas kontrolować. Niemalże zasługi w popularyzowaniu tego budującego faktu położyły nasze pacjentki i ich organizacje. To one świadczą o sukcesach onkologii, występując publicznie, a to – biorąc pod uwagę, że rak w świadomości społecznej pozostaje niezmiennie chorobą stygmatyzującą – ciągle jeszcze wymaga cywilnej odwagi.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w wielu krajach rozwiniętych zanotowano spadek współczynników umieralności z powodu raka piersi. Efekt ten uzyskano przy stale rosnącej zapadalności. Obniżenie na taką skalę ryzyka zgonu z powodu raka przy stale rosnącej zapadalności stanowi ogromny sukces, niespotykany dotąd w dziejach onkologii. Stało się to możliwe dzięki zastosowaniu w praktyce klinicznej zdobyczy nauk podstawowych, wprowadzeniu badań przesiewowych i, co niezwykle istotne, objęciu leczeniem skojarzonym większości chorych. Postęp ów zawdzięczamy podjęciu kampanii mającej na celu przełamanie lęku przed rakiem, jak również rozwiązaniom organizacyjnym umożliwiającym diagnozowanie i leczenie w ośrodkach specjalistycznych zajmujących się wyłącznie chorymi na raka piersi.

W roku 2000 w Polsce współczynniki umieralności z powodu raka piersi ustabilizowały się, a obecnie wykazują nawet tendencję spadkową. Wynik taki uzyskano pomimo stale rosnącej zapadalności. Zmienia się też postępowanie w przypadku raka. U dużej części pacjentek możemy przeprowadzić leczenie, rezygnując z okaleczającego zabiegu mastektomii. Chore po amputacji mają

anxiety of the disease recurrence, may conduct an active life with only inconsiderable limitations. Public anxiety of breast disease is still decreasing. It is important: less of public anxiety, bigger amount of patients is diagnosed in clinical stage, giving significant chance for cure.

Introducing mammography as a screening method in a populat scale the structure of treated patients has changed. Diagnosis in early, better in asymptomatic phase of the disease is significant factor, which has influence on the treatment results. Basic prognostic factors are the tumor size and regional lymph nodes status. Among patients in screened group, in case of cancer diagnosed, in big amount of cases, the tumor size does not exceed 2 cm, and in majority of patients, lymph nodes metastases are not ascertained. In populations, where screening studies are performed on a proper scale, the mortality rate due to breast cancer reduced in about 30%. The diagnostic rules of breast cancer have been changed significantly. Classic events continuation: distressing symptoms, objective exam, additional exams, diagnosis is not only scenario. More frequently, breast cancer suspicion is determined for radiologist, based on mammography or ultrasonography, in asymptomatic phase of the disease. Clinician does not ascertain any deviations of normal status. Diagnosis is established based on the biopsy of suspicious region in mammography. Biopsy is performed under the digital control, what makes possible precise taking specimen from the proper area. On the basis of microscope findings, not only cancer is diagnosed, but also a lot of prognostic and predictive factors. Surgery is still the basic method in breast cancer treatment. Radical mastectomy was introduced for clinical practice in XIX century. This operation allowed long-lasting remissions and significantly reduced the risk of local recurrence. In case of this type of surgery, also regional lymph nodes are excised. The side effect of this operation is serious injury caused by breast loss. Also serious adverse event may be lymphatic edema of operated side limb. It makes difficult normal social running, and calls women's discomfort. Contraindications for original radical mastectomy are clinical stage III or IV of the disease, rapid growth of the tumor, forearm edema. In case of local advanced breast cancer, neoadjuvant systemic treatment, and, in case of remission, local radical treatment is indicated. In these patients, also indications for postoperative radiotherapy are present.

Currently, breast conservative surgical treatment is possible. In case of early breast cancer, surgical treatment may be limited to the origin lesion excision with proper margin of the normal tissues. Also axillary regional lymph nodes are removed. In this case major part of the breast is left. Integral part of this strategy is irradiation of left part of breast. In randomized clinical trials has been demonstrated, that such strategy makes possible to achieve overall survival, similar to the results of the treatment with radical mastectomy.

możliwość poddania się zabiegom rekonstrukcyjnym. Rehabilitacja psychiczna i fizyczna stała się integralną częścią terapii. Pomimo okaleczenia, konieczności długotrwałej terapii i lęku przed nawrotem choroby chore na raka piersi mogą prowadzić normalny, aktywny tryb życia i podlegają jedynie niewielkim ograniczeniom. Zmniejsza się społeczny lęk przed rakiem piersi. To ważne: im mniej obaw, tym u większej ilości chorych nowotwór diagnozowany jest w stadium, w którym szanse na wyleczenie są znaczne.

Wprowadzenie mammograficznych badań przesiewowych na skalę populacji spowodowało zmianę w strukturze osób podejmujących leczenie. Rozpoznanie raka we wczesnej, najlepiej bezobjawowej jeszcze fazie stanowi istotny czynnik wpływający na wyniki terapii. Podstawowymi czynnikami rokowniczymi są bowiem wielkość guza pierwotnego oraz stan regionalnych pachowych węzłów. U kobiet objętych systemem badań przesiewowych średnica guza pierwotnego, w przypadku rozpoznania raka, nie przekracza często 2 cm, a u większości chorych nie stwierdza się przerzutów w regionalnych pachowych węzłach chłonnych. W populacjach, w których badania przesiewowe prowadzone są na właściwą skalę, ryzyko zgonu z powodu raka piersi zmniejsza się o około 30%.

Zmieniły się w sposób zasadniczy zasady rozpoznawania raka piersi. Klasyczny ciąg wydarzeń: niepokojące dolegliwości lub objawy, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe, ustalenie rozpoznania nie jest już jedynym scenariuszem. Coraz częściej podejrzenie raka piersi nasuwa radiologowi wynik badania mammograficznego lub ultrasonograficznego wtedy, kiedy chora nie odczuwa jeszcze żadnych dolegliwości. Lekarz klinicysta nie stwierdza odchyień od stanu prawidłowego. Rozpoznanie ustala się na podstawie próbki pobranej z okolicy, w której radiolog odnotował niepokojące objawy. Biopsja wykonywana jest pod kontrolą obrazu, co umożliwia precyzyjne pobranie próbki z właściwego miejsca. Na podstawie wyników badania mikroskopowego stawia się diagnozę, ale również ocenia cały szereg cech raka, które mają znaczenie prognostyczne i predykcyjne.

Chirurgia nadal pozostaje podstawową metodą miejscowego leczenia chorych na raka piersi. W końcu XIX wieku wprowadzono do praktyki klinicznej radykalną mastektomię. Operacja ta umożliwiła uzyskanie długotrwałych remisji i znacznie zmniejszyła ryzyko wystąpienia wznowy miejscowej. W przypadku tego typu leczenia usuwane są również regionalne pachowe węzły chłonne. Efektem niepożądanym zabiegu jest poważne okaleczenie spowodowane utratą piersi. Istotne powikłanie stanowi również możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej. Utrudnia to kobiecie normalne funkcjonowanie społeczne, obniża jej samopoczucie. Przeciwwskazaniami do pierwotnie radykalnej mastektomii są: stwierdzenie III lub IV stopnia zaawansowania, szybki wzrost nowotwo-

The condition for safe strategy of this treatment is to obey the established rules. Its optimal performing is only possible in case of regular, precisely established coordination of different specializations clinicians. Oncology is a team work. At the beginning of 80s the breast conserving surgery was introduced for the wide scale. It should be performed only in specialized centers, with appropriate diagnostic possibilities (mammography, pathology), and radiotherapy. Before start of the treatment, patient should be examined for surgeon and radiotherapist. Breast conserving surgery may be performed in patients at first clinical stage, and in some cases – at second clinical stage. The basic condition for this treatment is the possibility of good esthetic effect, and negative surgical margins. This strategy is possible in patients with the tumor size of 3 cm with one neoplastic center, without axillary lymph nodes metastases, or clinical feature N1. The precise determination of the preparation with pathologist is mandatory. In case of “positive margins”, following surgical treatment is necessary. Breast conserving surgery may be performed, if strict coordination with radiotherapy department is ensured.

Radiotherapy, as mentioned above: is integral part of breast conserving surgical treatment, and is safe method of treatment, if currently being obligatory rules are maintained. In patients treated primarily with radical mastectomy radiotherapy is indicated in case of: a positive axillary lymph nodes, positive surgical margin, if in microscopic assessment is pT3 feature ascertained. Current planning and treatment makes possible the critical organs, especially heart protection. The studies heading to establish indications for part of breast irradiation are still performed. That is that after the surgical extent limitation, the possibilities in limitation of the tissues irradiated are appearing. Progress in local treatment made possible the extent of this treatment limitation to necessary minimum, and the disability limitation.

At early 90s, operation, making in some patients, the axillary lymph nodes excision avoidable, came into clinical practice. In early breast cancer, finding of sentinel node, first node, into which lymph goes from the origin tumor, is possible. This lymph node is examined microscopically after excision. It has been evidenced, that status of sentinel node is representative for the rest of axillary nodes. In case, if sentinel node is negative, excision of axillary lymph nodes may be given up. Evident benefit of this kind of treatment is avoidance of negative axillary lymph nodes excision. It allows avoiding the risk of lymph edema and allows keeping the limb fit.

The main reasons of death in breast cancer patients after radical mastectomy are the distant metastases. In quite big amount of patients, at the moment at diagnosis, breast cancer is disseminated disease. It means, that at the time of the radical treatment start, micrometastases at distant organs are present. Therefore, the progression

ru, obrzęk przedramienia. W przypadku chorych na miejscowo zaawansowanego raka piersi wskazane jest przeprowadzenie pierwotnego leczenia systemowego i – w przypadku uzyskania remisji – miejscowego leczenia radykalnego. U pacjentek tych istnieją również wskazania do pooperacyjnej radioterapii.

Obecnie możliwe jest chirurgiczne leczenie oszczędzające. W trakcie zabiegu operacyjnego u chorych z wczesnym rakiem piersi możemy ograniczyć się jedynie do usunięcia zmiany pierwotnej w granicach tkanek zdrowych. Usuwane są również pachowe regionalne węzły chłonne. W ten sposób oszczędza się większą część piersi. Integralnym elementem tego typu terapii jest leczenie promieniami pozostawionej części gruczołu piersiowego. W randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych wykazano, że postępowanie to umożliwia uzyskanie przeżyć nieróżniących się od przeżyć po radykalnej mastektomii.

Warunkiem bezpiecznego przeprowadzenia takiego leczenia jest przestrzeganie ustalonych wskazań. Optymalna terapia wymaga stałego, precyzyjnie ustalonego współdziałania lekarzy różnych specjalizacji. Onkologia opiera się na pracy zespołowej. Na szeroką skalę leczenie oszczędzające zastosowano w początkach lat osiemdziesiątych. Powinny je prowadzić jedynie ośrodki specjalistyczne, dysponujące odpowiednią diagnostyką (mammografia, patologia) i stosujące radioterapię. Przed podjęciem leczenia chorą powinni wspólnie przebadać chirurg i radioterapeuta. Leczenie oszczędzające można rozważać u chorych na raka w pierwszym i w części przypadków drugiego stopnia zaawansowania. Warunkiem podstawowym jest tu możliwość osiągnięcia dobrego efektu estetycznego i uzyskania radykalizmu chirurgicznego. Ten rodzaj terapii można brać pod uwagę u chorych ze zmianą pierwotną poniżej 3 centymetrów przy jednym centrum nowotworzenia, bez przerzutów w pachowych węzłach chłonnych lub z kliniczną cechą N1. Obowiązuje dokładne i uzgodnione z patologiem oznaczenie topograficzne preparatu. W przypadku „pozytywnych marginesów” konieczne jest ponowne leczenie chirurgiczne. Leczenie oszczędzające może być prowadzone tylko wtedy, gdy została zapewniona ścisła współpraca z zakładem radioterapii.

Radioterapię – jak wspomniano powyżej: integralną część leczenia oszczędzającego – przy zachowaniu obecnie obowiązujących wysokich standardów można uznać za metodę bezpieczną. U chorych poddanych pierwotnie radykalnej mastektomii radioterapia jest wskazana w przypadku stwierdzenia przerzutów w pachowych węzłach chłonnych, braku radykalizmu miejscowego przy wykazaniu w badaniu mikroskopowym cech pT3. Współczesne planowanie i prowadzenie leczenia umożliwia bowiem osłonę narządów krytycznych, a w szczególności serca. Prowadzone są badania zmierzające do ustalenia wskazań do napromieniania części gruczołu piersiowego. Czyli po ograniczeniu zakresu operacji do niezbę-

of micrometastases into clinically symptomatic metastases is the main reason of treatment failure. Ascertainment, that early stage breast cancer in big amount of patients is generalized disease, is a significant scientific achievement. Evidence of this fact has influence on a daily clinical practice, and leads to the treatment results of breast cancer patients improvement. Current diagnostic methods make impossible diagnosis of micrometastases. However, basing on the analysis of prognostic factors, the probability of their presence assessment is possible. The most important prognostic factors are evaluated for pathologist, on the base of microscopic examination of excised tumor. The result of microscopic evaluation should include data about histological type of the tumor, differentiation of the tumor, vascular invasion, surgical margin, status of axillary lymph nodes with number of excised and metastatic lymph nodes. The assessment of estrogens and progesterone receptors expression, and HER2 receptor is mandatory. According to the current knowledge status, most of invasive breast cancer patients have indications for adjuvant treatment. This term concerns patients after radical surgical treatment. The aim of this treatment is destruction of micrometastases, that is in consequence not allowing for clinically symptomatic metastases growth. All breast cancer patients, treated with intent-to-treat, should be consulted by oncologist, to establish indications for systemic treatment and its performance. As mentioned above, radiotherapy is necessary in all patients after breast conserving surgery and in some patients after radical mastectomy. Systemic treatment should start at the moment of assessment of all prognostic and predictive factors. Currently, this treatment strategy is indicated for all patients with positive axillary lymph nodes. In case of patients with no nodes metastases, systemic treatment is not recommended for patients with good prognosis. They are patients: aged over 35 years, with size of the tumor in largest diameter less than 1 cm, and the differentiation grade 1, and presence of estrogens receptors in the cells of the tumor. They also should have no overexpression of HER2.

At the early 70s, the effectiveness of this treatment modality was demonstrated on animal model. The mile steps in oncological development were clinical randomized studies, performed at the turn of 70s and 80s years. They demonstrated, that the systemic treatment improves the overall survival. The beginning of the modern era in systemic treatment was the predictive value of estrogens receptors for hormonal treatment discovery. This discovery was also the first sign for the molecular biology introducing into the everyday clinical practice.

The basic drug used in the treatment of hormone-dependent breast cancer is still tamoxifen. The five-year treatment with tamoxifen of patients with estrogen receptor after 15 years reduces the absolute due to cancer death risk in about 10%.

nego minimum pojawia się najprawdopodobniej możliwość zmniejszenia objętości napromienianych tkanek. Postęp, jaki dokonał się w leczeniu miejscowym, umożliwił ograniczenie tego leczenia do niezbędnego minimum i co za tym idzie – ograniczenie kalectwa.

W początku lat dziewięćdziesiątych do praktyki klinicznej wprowadzono zabieg, dzięki któremu część pacjentów może uniknąć usuwania regionalnych pachowych węzłów chłonnych. U chorych z wczesną postacią raka piersi możliwe jest odnalezienie węzła chłonnego wartowniczego, czyli pierwszego węzła, do którego dokonuje się spływ chłonki z guza pierwotnego. Po usunięciu tego węzła zostaje on zbadany mikroskopowo. Udowodniono, że jego stan jest reprezentatywny dla pozostałych węzłów chłonnych pachy. W sytuacji gdy nie stwierdza się w nim przerzutu, można odstąpić od usuwania węzłów chłonnych pachy – stanowi to ewidentną korzyść dla chorych: pozwala uniknąć ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego i zachować sprawność kończyny.

Główną przyczyną zgonów pacjentów po radykalnym leczeniu raka piersi są przerzuty odległe. Nowotwór ten jest w momencie rozpoznania w wielu przypadkach chorobą faktycznie uogólnioną. Oznacza to, że w chwili podejmowania leczenia radykalnego istnieją mikroprzerzuty w narządach odległych. Progresa tych mikroognisk do klinicznie manifestujących się przerzutów jest zatem najważniejszą przyczyną niepowodzeń leczenia. Stwierdzenie, że wczesny rak piersi u dużej części chorych ma charakter uogólniony, stanowi istotną zdobycz nauki. Udowodnienie tego stanu rzeczy wpłynęło na codzienną praktykę kliniczną i przyczyniło się do poprawy wyników leczenia chorych na raka piersi. Narzędzia w zakresie diagnostyki, którymi obecnie dysponujemy, uniemożliwiają rozpoznanie tych mikroognisk, niemniej na podstawie analizy czynników prognostycznych można ocenić prawdopodobieństwo ich występowania. Najważniejsze czynniki prognostyczne są oceniane przez patologa na podstawie badania mikroskopowego usuniętego guza pierwotnego. Wynik tego badania powinien uwzględniać dane dotyczące typu raka, stopnia złośliwości, naciekania naczyń, radykalizmu chirurgicznego, stanu pachowych węzłów chłonnych z podaniem liczby usuniętych i zmienionych przerzutowo węzłów. Obowiązkowe jest dokonanie oceny ekspresji receptorów dla estrogenów, progestagenów i receptora HER2. Zgodnie ze stanem współczesnej wiedzy w przypadku większości chorych na inwazyjnego raka piersi istnieją wskazania do systemowego leczenia uzupełniającego. Termin ten dotyczy leczenia systemowego prowadzonego u pacjentek po radykalnym leczeniu miejscowym. Celem tej terapii jest zniszczenie mikroprzerzutów, czyli w konsekwencji niedopuszczenie do rozwoju przerzutów klinicznie manifestujących się. U wszystkich chorych poddanych radykalnemu leczeniu miejscowemu z powodu raka piersi należy prowadzić konsultacje onkologiczne w celu ustalenia wskazań do leczenia systemowego i jego przepro-

There have been published recently a lot of studies, indicating the possibility of treatment results improvement with new drugs in clinical practice. The last years achievement is the inhibitors significance demonstration. Drugs as: anastrozole, letrozole, or exemestane allow reaching longer non-symptomatic survival than tamoxifen. The aromatase inhibitors may be used in sequence after a few years treatment with tamoxifen.

Adjuvant chemotherapy leads to the ten-years survival percentage prolongation in about 7-10%. Cytostatic treatment is more effective in patients younger than 50 years old, than in older patients, between 51 and 69 years. The chemotherapy schemes, containing anthracyclines are more active than CMF schedule (cyclophosphamide, methotrexate, 5-FU). The most active programs in adjuvant treatment are schemes with docetaxel. They are more active than programs with anthracycline without docetaxel.

In patients with positive receptors, after chemotherapy termination, indications for hormonal treatment exist. Thanks for this kind of connection, patients have additive benefit – the death risk reduction.

The crucial meaning for thousands patients all over the world is the trastuzumab significance demonstration in adjuvant treatment of patients with HER2 receptor overexpression. The results of studies, presented during the ASCO 2005 Conference, indicate, that treatment with this drug leads to twice reduction of recurrence risk in patients with overexpression of HER2 receptor. Serious problem is optimal treatment strategy and high quality of life assurance. The psychomotor rehabilitation in all patients is of huge significance.

In all patients after mastectomy, potential indications for reconstructive surgery exist. The indication for this kind of treatment is the patient's warrant.

Diagnosis and treatment of breast cancer needs strict cooperation between clinicians of different specialties. Only optimal, coordinated application of each treatment method makes possible to achieve results equal to worldwide standards and our patient's expectations.

wadzenia. Jak wspomniano, radioterapię należy stosować u wszystkich pacjentek po leczeniu oszczędzającym i u części chorych po radykalnej mastektomii. Systemowe leczenie uzupełniające powinno się rozpocząć w momencie, kiedy znane są już wszystkie czynniki prognostyczne i predykcyjne. Współcześnie leczenie to jest wskazane u chorych, u których w pachowych węzłach chłonnych stwierdzono występowanie przerzutów. Jeżeli chodzi o pacjentki bez przerzutów do węzłów chłonnych, leczenie uzupełniające nie jest rekomendowane u osób mających dobre rokowania. Są to chore w wieku powyżej 35 lat z guzem pierwotnym o średnicy nieprzekraczającej 1 centymetra – 1. stopień złośliwości, u których stwierdzono występowanie w komórkach raka receptorów dla estrogenów. Chore te nie powinny mieć również nadmiernej ekspresji receptora HER2.

W początkach lat siedemdziesiątych wykazano skuteczność tej terapii na modelu zwierzęcym. Milowymi krokami w onkologii były przeprowadzone na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych randomizowane badania kliniczne, w których dowiedziono, iż stosowanie systemowego leczenia uzupełniającego wydłuża życie chorych. Początkiem nowoczesnej ery w leczeniu uzupełniającym było odkrycie predykcyjnego znaczenia receptorów estrogenów dla terapii hormonalnej. Odkrycie to stanowiło również pierwszy sygnał wprowadzania biologii molekularnej do codziennej praktyki klinicznej. Podstawowym lekiem stosowanym w uzupełniającym leczeniu hormonozależnego raka piersi pozostaje niezmiennie tamoksyfen. U chorych, u których w komórkach raka stwierdzono występowanie receptora dla estrogenów, pięcioletnie leczenie tamoksyfenem powoduje po 15 latach od operacji bezwzględne zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu raka o około 10%.

W ostatnim czasie opublikowano wiele prac badawczych wskazujących na możliwość poprawy wyników leczenia chorych na raka piersi dzięki wprowadzeniu do praktyki klinicznej nowych leków. Do zdobyczy ostatnich lat należy wykazanie znaczenia inhibitorów. Stosowanie takich leków, jak anastrozol, letrozol czy eksemestan,

Dear Subscribers,

We kindly remind you, that according to the decree of the Minister of Health dated from the 2nd October 2004 and concerning obligatory postgraduate professional improvement of doctors and dentists, subscription to the journal "Ginekologia Onkologiczna", indexed in the Index Copernicus, grants 5 additional educational points to the evidence of professional improvement. The basis for verification is subscription bill or certificate issued by the Editor.

Szanowni Prenumeratory,

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 2 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków prenumerata czasopisma „Ginekologia Onkologiczna” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwia doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.

umożliwia istotniejsze wydłużenie czasu przeżycia bezobjawowego, niż ma to miejsce przy terapii tamoksyfenem. Inhibitory aromatazy mogą być stosowane sekwencyjnie po kilkuletnim leczeniu tamoksyfenem.

Zastosowanie chemioterapii uzupełniającej prowadzi do poprawy odsetka dziesięcioletnich przeżyć bezwzględnych o około 7-10%. W porównaniu z pacjentkami starszymi, w wieku 51-69 lat, leczenie cytostatyczne jest bardziej skuteczne u chorych młodych, poniżej 50. roku życia. Programy chemioterapii zawierające antracykliny są bardziej aktywne niż program CMF (cyklofosamid, metotreksat, 5-fluorouracyl). Do najbardziej aktywnych programów w leczeniu uzupełniającym należą programy zawierające docetaksel. Są one bardziej aktywne niż programy z antracyklinami bez docetakselu.

U chorych z dodatnimi receptorami po przeprowadzeniu chemioterapii istnieją wskazania do leczenia hormonalnego. Dzięki temu skojarzeniu pacjentki odnoszą dodatkową korzyść rozumianą jako zmniejszenie ryzyka zgonu. Przełomowym odkryciem dla tysięcy chorych na całym świecie było wykazanie znaczenia trastuzumabu w le-

czeniu uzupełniającym u osób z nadmierną ekspresją receptora HER2. Wyniki badań ogłoszonych w czasie obrad Konferencji ASCO w 2005 roku wskazują, że zastosowanie tego leku prowadzi do dwukrotnego zmniejszenia ryzyka nawrotu raka u pacjentek z nadmierną ekspresją receptora HER2.

Dużym problemem jest prowadzenie leczenia w optymalny sposób oraz zapewnienie wysokiej jakości życia. Ogromne znaczenie ma prowadzenie u wszystkich chorych rehabilitacji psychoruchowej.

U pacjentek po mastektomii istnieją potencjalne wskazania do przeprowadzenia operacji rekonstrukcyjnej. Motywacja chorej do wykonania rekonstrukcji stanowi wskazanie do podjęcia tego leczenia.

Rozpoznawanie i leczenie chorych na raka piersi wymaga ścisłej współpracy różnego rodzaju specjalistów. Jedynie optymalne, skoordynowane zastosowanie poszczególnych metod terapii umożliwia uzyskanie wyników odpowiadających światowym standardom i oczekiwaniom naszych pacjentów.

Rules of subscription to the quarterly "Ginekologia Onkologiczna"

1. Subscription may begin at any time. Subscribers will receive ordered volumes of the journal to the address provided.

2. A single volume of the quarterly costs 40 PLN. The cost of annual subscription (4 consecutive volumes) is 120 PLN. The cost of annual subscription for foreign subscribers is 50 USD.

3. Archival volumes may be ordered at a price of 40 PLN per volume until the stock lasts.

4. Subscription may be arranged by post, using the enclosed subscription form. The following types of payment are accepted:

- postal transfer and bank transfer (at a post-office or from own bank account - a suitable payment order is on the reverse side of the form);
- cheque, cash-on-delivery, credit card;
- an order of subscription should be sent by mail to the Editor.

5. There is also a possibility to order a subscription by e-mail. An order form may be found at the site: www.ginekologia.pl

Zasady prenumeraty kwartalnika „Ginekologia Onkologiczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od każdego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.

2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 40 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 120 zł. Koszt całorocznej prenumeraty zagranicznej wynosi 50 dolarów.

3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego - 40 zł.

4. Prenumeraty można dokonać na poczcie, używając dołączonego do pisma blankietu prenumeraty. Możliwe są następujące formy dokonywania opłat:

- przekaz pocztowy/przelew bankowy;
- proszę opłacić na poczcie (przekaz) lub dokonać przelewu z własnego konta bankowego (ROR) zamówienie znajduje się na odwrocie blankietu;
- czek/zaliczenie pocztowe/karta kredytowa;
- zamówienie proszę przesłać listem do wydawnictwa.

5. Istnieje również możliwość zamówienia prenumeraty przez Internet. Druk zamówienia znajduje się na stronie www.ginekologia.pl