

Rak piersi u chorych w wieku ≥ 80 lat. Charakterystyka populacji chorych i biologii choroby oraz ocena zgodności postępowania terapeutycznego z obowiązującym standardem.

Słowa kluczowe: rak piersi w wieku ≥ 80 lat, rak piersi, zgodność postępowania terapeutycznego z obowiązującym standardem

Streszczenie

Cel pracy: Retrospektywna analiza losów chorych na raka piersi w wieku ≥ 80 lat diagnozowanych i leczonych w BCU Opolskiego Centrum Onkologii im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu (dalej: OCO) w aspekcie charakterystyki populacji i biologii choroby oraz zgodności podejmowanych decyzji terapeutycznych z obowiązującym standardem.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowili chorzy w wieku ≥ 80 lat (grupa określana jako „80+”), u których rozpoznanie postawiono w latach 2016–2020 i spośród których poddano ocenie 232 chore i 240 guzów. Grupę kontrolną stanowili chorzy w pozostałych grupach wiekowych (grupa określana jako „<80”), u których rozpoznanie postawiono w 2019 roku i spośród których oceniono 291 chorych i 295 guzów. Do analizy jednoczynnikowej wykorzystano testy Wilcoxona, zgodności chi-kwadrat Pearsona i test dokładny Fishera. Do analizy przeżycia w grupie chorych 80+ wykorzystano estymator Kaplana–Meiera. W analizie wieloczynnikowej zastosowano nieparametryczny model Coxa.

Wyniki: W obu grupach chorych raka piersi najczęściej rozpoznawano w momencie pojawienia się objawów ze strony pierwotnego guza lub przerzutów, jednak w grupie badanej przypadki takie stanowiły ponad 87%, natomiast w grupie kontrolnej – 67%, a różnica ta była znamienna. Podobne obserwacje dotyczyły cechy T i N, co skutkowało znamienne wyższym zaawansowaniem w grupie chorych 80+ w porównaniu z grupą kontrolną. Aż 36% guzów w badanej grupie miało co najmniej 5 cm, a więc były one wykrywalne w badaniu fizykalnym piersi. Natomiast analiza innych cech biologicznych (wskaźnika proliferacji Ki67, ekspresji ER, PR i statusu HER2) nie wykazała znamiennych różnic pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną, co przełożyło się na podobny rozkład biologicznych podtypów według St Gallen. Większość chorych w obu grupach otrzymała leczenie przyczynowe, jednak seniorzy istotnie częściej otrzymywali leczenie paliatywne lub objawowe. Mimo że w obu grupach dominowali chorzy leczeni operacyjnie, odsetek ten był znacznie wyższy w grupie kontrolnej (56,7% vs 89,5%). U młodszych chorych dominowały zabiegi oszczędzające pierś, podczas gdy w grupie chorych 80+ amputacja radykalna. Analiza chirurgicznej oceny pachowych węzłów chłonnych wykazała, że w przypadku raków w I i II stopniu zaawansowania leczenie operacyjne z pominięciem jamy pachowej w grupie 80+ przeprowadzono odpowiednio w 17,5% i 11% przypadków, podczas gdy w grupie <80 nie pominięto takiej oceny u żadnej chorej. Spośród chorych w I i II stopniu zaawansowania zabiegowi operacyjnemu nie poddano odpowiednio 18% i 25% chorych z grupy badanej oraz 0 i 3% w grupie kontrolnej. U chorych w III stopniu w grupie 80+ leczenie operacyjne przeprowadzono u 36% chorych, a w grupie <80 – u 78%. Raki luminalne stanowiły ponad 80% guzów w obu grupach, w większości w stopniach zaawansowania I–III, jednak leczenie hormonalne w grupie badanej zastosowano tylko u 84% chorych, podczas gdy w grupie kontrolnej niemal wszystkie chore na raka ER+ otrzymały HT. Leczenie hormonalne jako wyłączną metodę leczenia zastosowano u 17,5% chorych 80+, przy czym 40% tej kohorty stanowili chorzy na wczesnego raka piersi. Przy zastosowaniu wyłącznej HT u chorych w I i II stopniu zaawansowania w okresie obserwacji tylko jedna chora 80+ doświadczyła progresji, natomiast u chorych na raka w III stopniu zaawansowania progresję miejscową wymagającą zmiany postępowania odnotowano u ponad połowy seniorów. Odnotowano wyraźne różnice w zastosowaniu CHT i leczenia anty-HER2, które w grupie badanej otrzymało odpowiednio

9,5% i 28,5% chorych, a w grupie kontrolnej – 54% i 90%. Największe różnice w sposobie postępowania zaobserwowano w przypadku raków potrójnie ujemnych i HER2+. Ponad 1/5 chorych 80+ z tej grupy nie otrzymała żadnego leczenia przyczynowego, podczas gdy otrzymali je wszyscy chorzy <80 lat. Leczenie operacyjne okazało się, niezależnie od wieku, postępowaniem bezpiecznym. Jego powikłania wymagające interwencji w obu grupach występowały rzadko (11,2% w grupie 80+ i 13,7% <80) i dotyczyły niemal wyłącznie gojenia się rany pooperacyjnej. W żadnej z grup nie obserwowano zgonów związanych z zabiegiem. U chorych z grupy badanej niezgodność ze standardem stwierdzono w leczeniu 37,5% raków. Niezgodność ta w ponad połowie przypadków była związana z decyzją chorego i dotyczyła najczęściej leczenia LABC i zastosowania CHT. Leczenie nie- zgodne ze standardem zaproponowano podczas konsylium nieco ponad 15% chorych 80+ z grupy badanej, a niezgodność dotyczyła przede wszystkim leczenia chorych w I i II stopniu zaawansowania, a także zastosowania CHT. Decyzje te w większości przypadków były poprzedzone rozmową z chorą i rodziną, omówieniem jej sytuacji zdrowotnej oraz możliwości terapeutycznych, a nie wynikiem kategorycznej odmowy lub jednoznacznego ignorowania zaleceń.

W przedstawionej analizie mediana czasu całkowitego przeżycia w grupie 80+ wynosiła 3,4 lat i jeśli spojrzymy na dane GUS wskazujące, że przeciętne dalsze trwanie życia 80-letniej kobiety sięga 9 lat, wyraźnie widać, że rak piersi przyczynia się do skrócenia życia w grupie chorych w wieku ≥ 80 lat.

Wnioski: Ocena podstawowych cech klinicznych chorych w grupie kontrolnej i badanej oraz ich porównanie z piśmiennictwem wskazują, że grupa oceniana w niniejszym badaniu jest reprezentatywna dla populacji. U chorych 80+ diagnozuje się częściej guzy objawowe oraz raki w wyższych stopniach zaawansowania, a przekonanie, że u osób starszych raki piersi są mniej agresywne, nie znalazło potwierdzenia w naszym badaniu. U chorych 80+ częściej niż u młodszych chorych stosuje się leczenie paliatywne i objawowe oraz odstępuje się od leczenia operacyjnego i diagnostyki chirurgicznej pachy, a w leczeniu chirurgicznym częściej wykonuje się mastektomię. Odnotowane w badaniu odstępstwo od standardów w postępowaniu terapeutycznym w ponad połowie przypadków wynikało z decyzji chorego, najczęściej dotyczyło leczenia systemowego, przede wszystkim chemioterapii. Rozbieżności z zaleceniami w grupie chorych 80+ pojawiały się głównie jako świadome niestosowanie się do zaleceń podyktowane stanem ogólnym, obciążającymi chorobami towarzyszącymi i preferencjami chorego. Po operacji raka piersi całkowita zachorowalność okołoooperacyjna okazała się niska niezależnie od wieku, a różnica pomiędzy chorymi w grupie 80+ i <80 była nieznamienna. Nie odnotowano zgonów w okresie do 30 dni po zabiegu operacyjnym. Czas pobytu w oddziale chirurgicznym w obu grupach był podobny. Wiek zatem nie powinien ograniczać decyzji o wyborze optymalnego leczenia operacyjnego raka piersi u chorych 80+. Mediana czasu całkowitego przeżycia w grupie 80+ wskazuje na to, że rak piersi przyczynia się do skrócenia życia w tej grupie chorych. Wskazane jest wydłużenie wieku, w którym wykonuje się populacyjne przesiewowe badania mammograficzne, do 74 roku życia. Należy popularyzować profilaktyczną MMG u kobiet po 74 roku życia, szczególnie pozostających w dobrym stanie sprawności, i zachęcać je do indywidualnego skriningu. Istnieje ogromna potrzeba edukowania lekarzy rodzinnych w zakresie badania piersi u kobiet poza skriningiem. Coroczne badanie piersi u chorych powyżej 70 roku życia powinno być integralną częścią opieki lekarza rodzinnego.