

DOPIS REDAKCI

Projekt 35 – příspěvek k diskusi

Project 35 – contribution to discussion

Pavel Strnad

Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol

Korespondenční adresa: doc. MUDr. Pavel Strnad, CSc., Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, tel.: +420 224 434 249, e-mail: Pavel.Strnad@fnmotol.cz

Publikováno: 31. 5. 2012

Přijato: 14. 5. 2012

Akceptováno: 16. 5. 2012

Actual Gyn 2012, 4, 64-65

ISSN 1803-9588

© 2012, Aprofema s.r.o.

Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com



Citujte tento článek jako: Strnad P. Projekt 35 – příspěvek k diskusi. Actual Gyn. 2012;4:64-65

Vážená redakce,

reaguji na článek zveřejněný ve Vašem časopise, který se týká Projektu 35 (Actual Gyn. 2012;4:43-45). Tento článek se zabývá závažným tématem, jak zlepšit obecně nepříznivý stav diagnostiky i léčby nádorů prsu u mladých žen. Na karcinom prsu se u takto mladých žen nemyslí, takže diagnostika bývá většinou více či méně opožděná.

Jen mě zarazí ta zvolená hranice 35 let, proč 34letá mladá žena má mít jiný management péče než 36letá mladá žena? Podle statistiky nádorů z roku 2009 byla incidence u všech mladých žen do 35 let věku 125 nových případů (1 nádor v kategorii 15–19 let, 4 nádory u 20–24letých žen, 32 nádorů mezi věkem 25–29 let a 88 nádorů prsu v kategorii žen 30–34 let).

Jak k tomu přijde 150 žen s karcinomem ve věku 35-39 let a 269 žen s karcinomem ve věku 40–45 let. To znamená dalších 419 mladých žen s karcinomem prsu, který se manifestoval před screeningovým obdobím. Řekneme-li, že se ženy nad 40 let věku dostávají do obecně zvýšeného rizika a měly by se tedy samy postarat o prevenci, když Stát nemůže, tak co se 150 ženami mezi věkem 35-39 let? Uvedená incidence karcinomu prsu je z roku 2009, nicméně poměr incidencí v jednotlivých věkových skupinách zůstává každý rok zachován, jen počet případů se postupně zvyšuje. Nabízí se tedy perspektiva organizace dalšího „Projektu 40“ nebo 45, dále se logicky nabízí další „Projekt karcinom prsu v souvislosti s těhotenstvím“ pro jiná ambiciózní pracoviště, což určitě nepovede ke zlepšení současného stavu péče. Myslím, že by stačilo, aby každý zainteresovaný odborník se tomuto problému dostatečně věnoval po své linii odbornosti. Léčba karcinomů obecně, tedy i prsu, by měla být soustředěna do onkologických center.

Mladé ženy do 35 let, kromě výskytu malignit v rodině a event. rizika heterozygotnosti genů BRCA (tyto karcinomy zabírají pouhých 5 % z celkové incidence), nemívají mnoho dalších rizikových faktorů. Samotné ženy jsou na začátku reprodukčních událostí a s hormonální manipulací ve smyslu nějaké formy ovariální hyperstimulace se seznámí přibližně 15 % žen ve fertilním věku. Připomínám, že i u člověka je rozmnožovací instinkt předřazen pudu sebezáchovy, to vidíme v porodnictví dnes a denně a s tímto rizikem se nedá nic dělat. Ženu s významnou rizikovou anamnézou je třeba dispenzarizovat bez vazby na programy asistované reprodukce, avšak nelze jim je odpírat. Riziko hormonální antikoncepce vzhledem ke karcinomu prsu bych přirovnal k riziku tromboembolické nemoci na podkladě některého z trombofilních stavů, až na to, že trombofilní stav/mutace je etiologicky jasným faktorem, kdežto u nádorů prsu to tak jasné není. Většina nádorů u mladých žen totiž nebývá hormonálně citlivá.

Vedle inherentních genetických mutací bude významným rizikem pro vývoj karcinomu prsu samotné těhotenství v pozdějším věku, jehož rizikový vliv trvá přibližně dva roky po porodu. Vysoké hormonální hladiny působí genovou transkripci mimo klasickou vazbu na steroidní receptory a vysoké hladiny různých růstových faktorů již přímo působí na buněčný cyklus nádorů prsu. Nicméně medicína se s touto socio-ekonomickou skutečností vyššího věku prvního porodu nedokáže vyrovnat a platí vše, co bylo uvedeno u asistované reprodukce. Další „silné“ rizikové faktory se u mladých žen příliš neuplatní. Připomínám, že incidence atypické hyperplazie je v této věkové skupině žen téměř nulová.

V roce 2009 incidence všech lymfomů (a tudíž nadbráničnická „mantle“ radiační léčba) činila v této skupině žen 76

nových případů. Radiační léčba lymfomů má spíše indukční, než jen pouhý rizikový vliv na karcinom prsu. Tyto ženy je zapotřebí sledovat obdobně jako ženy s heterozygotním stavem BRCA. Faktory výživy, obezita, západní styl životosprávy a alkohol do věku 35 let působí vzhledem k délce kancerogeneze příliš krátce.

Takže je možno říci, že Gailův model predikce rizika karcinomu prsu v této skupině žen nepřinese funkční výsledky. Tento model byl vytvořen v USA jako kritérium pro zařazení menopauzálních žen do velké intervenční studie s Tamoxifenem. I daleko lépe pro českou populaci žen „ušíť“ český model predikce rizika karcinomu prsu pro ženy do 30 let neplatí.

Nejdůležitějším preventivním opatřením, jak zmíněno ve článku, je důkladná rodinná anamnéza se zaměřením na rizikové malignity a vyhledávání genetických mutací. Ženy s prokázanou mutací jsou sledovány ve zcela jiném režimu na specializovaných pracovištích. Avšak u ostatních žen bez mutace, s karcinomem prsu v první linii příbuz-

ných v premenopauzálním věku, nebo s kumulací různých malignit, doporučuji též genetickou konzultaci, stanovení rizika dle Klausových tabulek s přiměřenou další dispenzární péčí.

Jako další opatření bych viděl pečlivější diagnostický přístup k symptomatickým ženám. To je memento článku, symptomy karcinomu prsu jsou nevýrazné, obtíže žen se bagatelizují a často je žena odbyta. Připomínám, že klinické vyšetření prsů u symptomatických žen má předcházet vyšetření zobrazovacími metodami. V této skupině žen není technicky možná záměna screeningové mamografie za klinickou (diagnostickou) kvůli tzv. indukované péči, nicméně symptomatické ženy mají být vyšetřeny v co nejkratším intervalu. Lépe tisíckrát vyšetřit zbytečně, než opomenout karcinom, který u takto mladých žen roste úděsným tempem. I při negativním nálezu zobrazovací metody a klinicky podezřelém nálezu je nutné použít další metody k objasnění a vyloučení malignity. Musím přiznat, že v tomto má gynekologická obec rezervy.