A pink awareness ribbon is positioned diagonally across the slide, starting from the bottom left and extending towards the top right. The ribbon is tied in a loop at the top right and then extends downwards and to the left.

***Локализованные  
формы рака молочной  
железы. Тактика  
лечения. Прогноз.***

Подготовила: Зубайраева А.А., 5 курс, Сеченовский  
университет

# Классификация

**TNM - клиническая классификация (8 ed.)**

**1. T – первичная опухоль**

- $T_x$  – первичная опухоль не может быть оценена.
- $T_0$  – первичная опухоль не подтверждена.
- $T_{is}$  — рак in situ:
  - $T_{is}$  (DCIS) — протоковая карцинома in situ;
  - $T_{is}$  (LCIS) — дольковая карцинома in situ;
  - $T_{is}$  (Paget) — болезнь Педжета соска, не связанная с инвазивной карциномой в подлежащей паренхиме молочной.
- T1 — опухоль до 2 см;
- T2 — опухоль от 2 см до 5 см;
- T3 — опухоль более 5 см;
- T4 — опухоль любого размера с распространением на грудную стенку, кожу (изъязвление или узелки на коже):
  - T4a - прорастание грудной стенки ; T4b - отек (включая «лимонную корочку») или изъязвление кожи молочной железы либо сателлиты в коже железы; T4c – признаки, характерные для T4a и T4b; T4d – воспалительный рак

**$T_0 - T_4$  формы могут быть отнесены**

**к локализованным формам**

**$N_0 - N_1$  формы определяются как локализованные**

**2. N – регионарные лимфатические узлы;**

- $N_x$  – недостаточно данных для оценки поражения регионарных лимфатических узлов;
- $N_0$  – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов;
- $N_1$  – метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах (на стороне поражения);
- $N_2$  – метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные, либо клинически определяемые метастазы во внутригрудные лимфатические узлы при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов;
- $N_{2a}$  – метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные;
- $N_{2b}$  – клинически определяемые метастазы во внутригрудных лимфатических узлах при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов;
- $N_3$  – метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения, либо клинически определяемые метастазы во внутригрудных лимфатических узлах при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов, либо метастазы в надключичные лимфатические узлы на стороне поражения (независимо от состояния подмышечных и внутригрудных лимфатических узлов);
- $N_{3a}$  – метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения;
- $N_{3b}$  – метастазы во внутригрудных лимфатических узлах при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов;
- $N_{3c}$  – метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения

**3.  $M$  – отдаленные метастазы;**

- $M_x$  – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;
- $M_0$  – нет признаков отдаленных метастазов;
- $M_1$  – имеются отдаленные метастазы

*$M_0$  стадия относится к локализованной форме*

# Гистопатологическое стадирование

Ноттингемская система градации:

Stage 0	Tis	No	Mo
Stage IA	T1 <sup>b</sup>	No	Mo
Stage IB	To, T1	N1mi	Mo
Stage IIA	To, T1	N1	Mo
	T2	No	Mo
Stage IIB	T2	N1	Mo
	T3	No	Mo
Stage IIIA	To, T1, T2	N2	Mo
	T3	N1, N2	Mo
Stage IIIB	T4	No, N1, N2	Mo
Stage IIIC	Any T	N3	Mo
Stage IV	Any T	Any N	M1

*Локализованным будет считаться заболевание при стадии 0 - IIIA*

# *Определение*

Таким образом, локализованная форма рака молочной железы представляет собой злокачественное образование, ограниченное одним участком ткани, характеризующееся локальным ростом и поражением в виде узла.

Стадия (по Ноттингемской шкале) 0-IIIА (до T3N1M0 по клинической классификации)



# Актуальность



*Albert Salomon*

**62% случаев заболеваемости диагностируется будучи в локализованной форме**

**(<https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/statistics/2015>)**

[Intervention Review]

**Screening for breast cancer with mammography**

Peter C Gøtzsche<sup>1</sup>, Karsten Juhl Jørgensen<sup>1</sup>

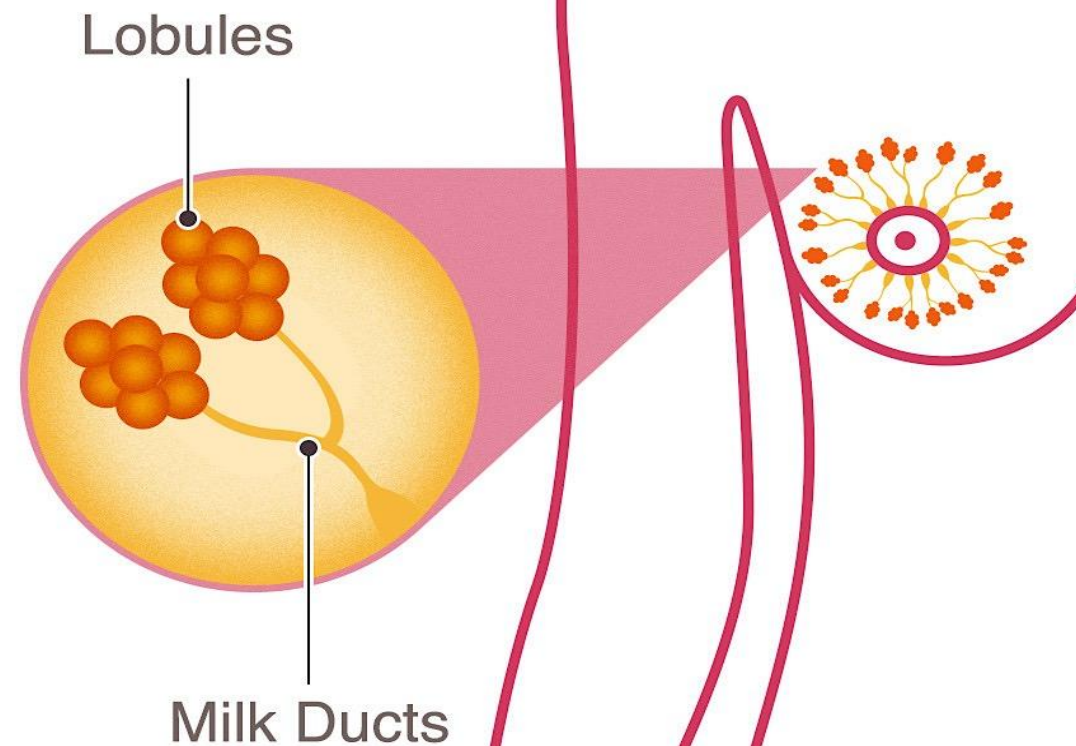
<sup>1</sup>The Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

# Тактика лечения при неинвазивном раке молочной железы

## STAGE 0 - DCIS & LCIS

*Ductal Carcinoma In Situ &  
Lobular Carcinoma in Situ*

**NON-INVASIVE**





# 1. LCIS

Классическая LCIS, соответствующая маммограмме по результатам кор биопсии или морфологического исследования хирургического препарата

**Наблюдательная тактика\* + профилактические меры и устранение факторов риска**

**\*Установление на учет и маммография с частотой 1 раз в год**



Плеоморфная LCIS по результатам  
морфологического исследования

LCIS , не совпадающая по  
результатам  
морфологического исследования с  
маммограммой

**ил  
и**

**Шаг 1. Хирургическое лечение (если  
изначально выполнена кор биопсия)**

**Шаг 2. Морфологическая оценка  
хирургического препарата**

**Шаг 3. При подтверждении LCIS показаны  
устранение факторов риска и  
наблюдательная тактика (постановка на учет  
и проведение маммографии с частотой 1 раз  
в год)**



## 2. DCIS

1) Лампэктомия в пределах здоровых тканей + местная лучевая терапия с применением интегрированного одновременного буста опухолевого ложа (категория 1)

*ил*

2) Мастэктомия с биопсией сторожевого узла и одномоментной лоскутной пластикой/последующей реконструкцией (категория 2а) или лампэктомия в пределах здоровых тканей (категория 2б)

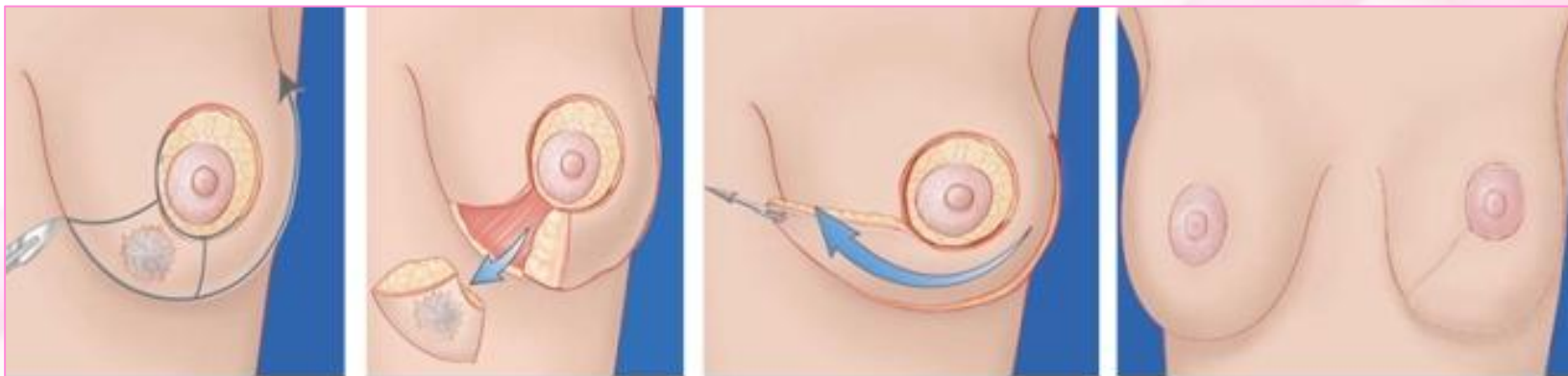
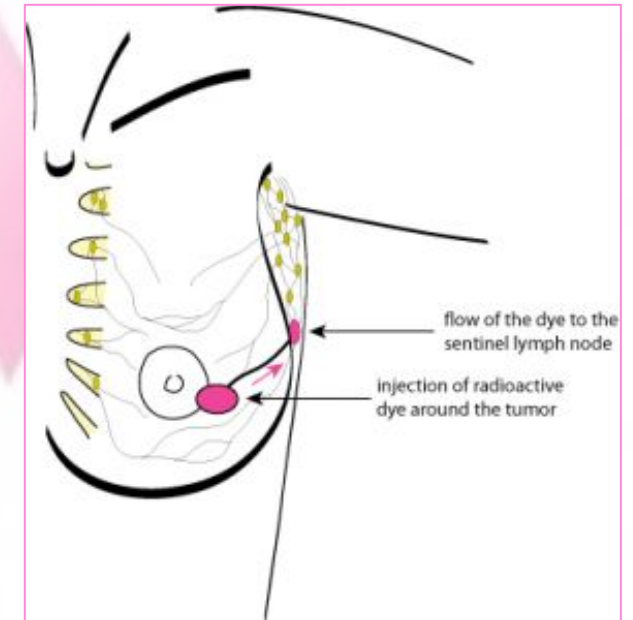


Image copyright Dr Krishna B. CLOUGH  
L'Institut du Sein-Paris Breast Centre



# Постоперационное лечение

Терапия, направленная на снижение риска рецидива при органосохраняющей операции

- Пятилетняя гормональная терапия для пациентов категорий 1 и 2b (в частности ER-позитивных), а именно:
  1. Тамоксифен для пациенток пременопаузального периода
  2. Тамоксифен+ралоксифен или ингибитор ароматазы (летрозол, анастрозол, эксеменстан для пациентов постменопаузального периода

*Наблюдение в ближайшем и отсроченном*

*послеоперационном периодах*  
Первый год – маммография каждые 6 мес,  
далее – 1 раз в год

Первые пять лет – физикальное обследование каждые полгода,  
далее – 1 раз в год

# Тактика лечения при инвазивном раке молочной железы I-IIIa стадиях



SURGERY



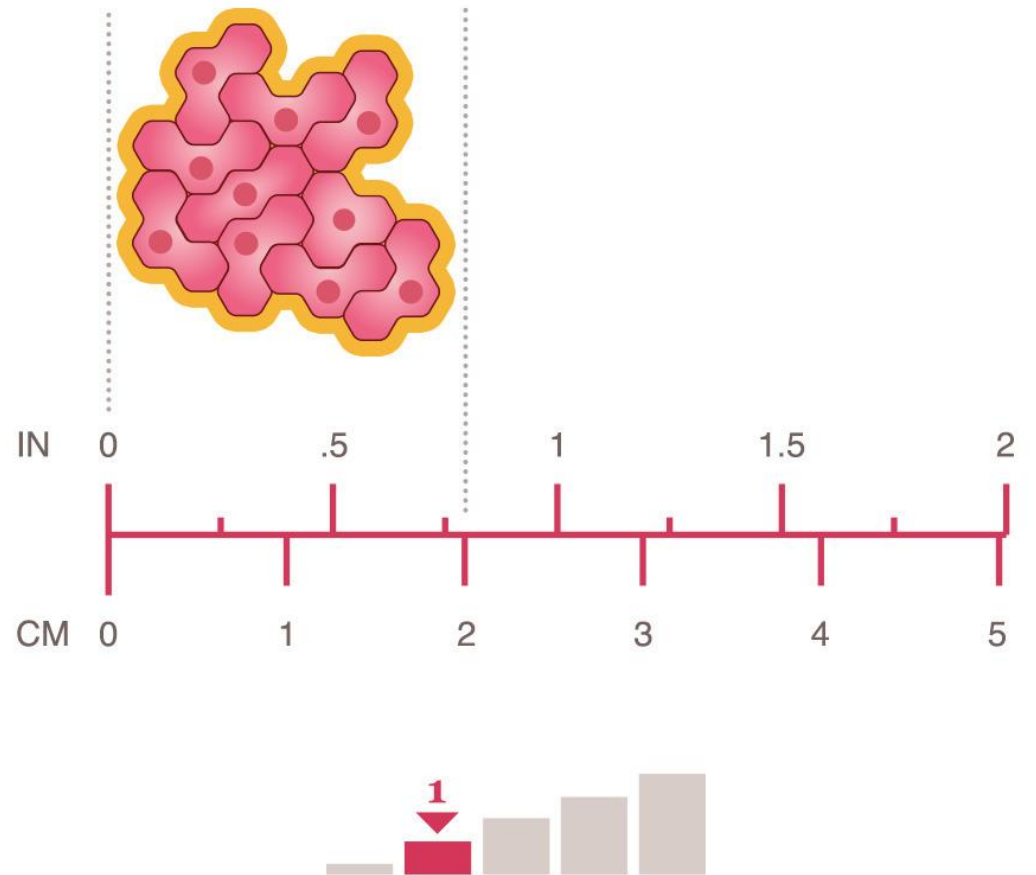
RADIATION



CHEMOTHERAPY

STAGE 1  
*Has Not Spread*

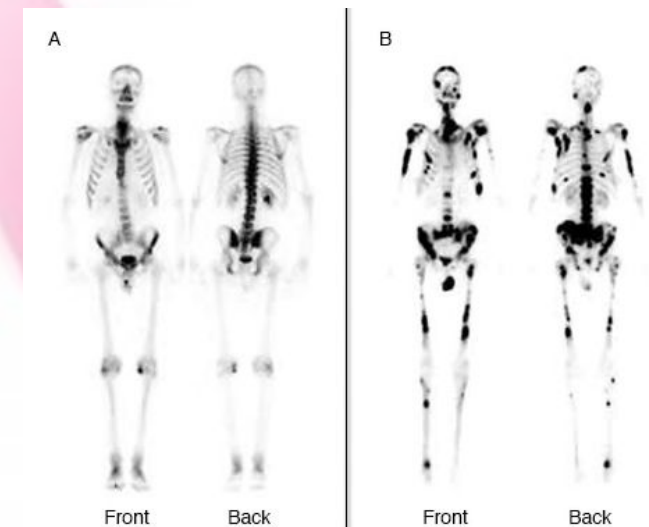
**INVASIVE**





# Обследование (рекомендовано для I-III стадиях)

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Остеосцинтиграфия при жалобах на боли в костях с отчетливой локализацией и при повышении щелочной фосфатазы крови
- Рентгенография/КТ органов грудной и брюшной полости при отклонении от нормы показателей б/х анализа крови
- КТ с контрастированием при подозрении на патологию легких



# ***Предоперационная системная терапия***

- Гормональная терапия показана пациентам с ER позитивной формой, низкой степенью коморбидности при люминальном типе A (т.е. HER2-негативный)
- При HER2-позитивных опухолях назначается трастузумаб курсом продолжительностью не менее 9 недель (с возможным включением пертузумаба пациентам со стадией от T2 и выше/N1).

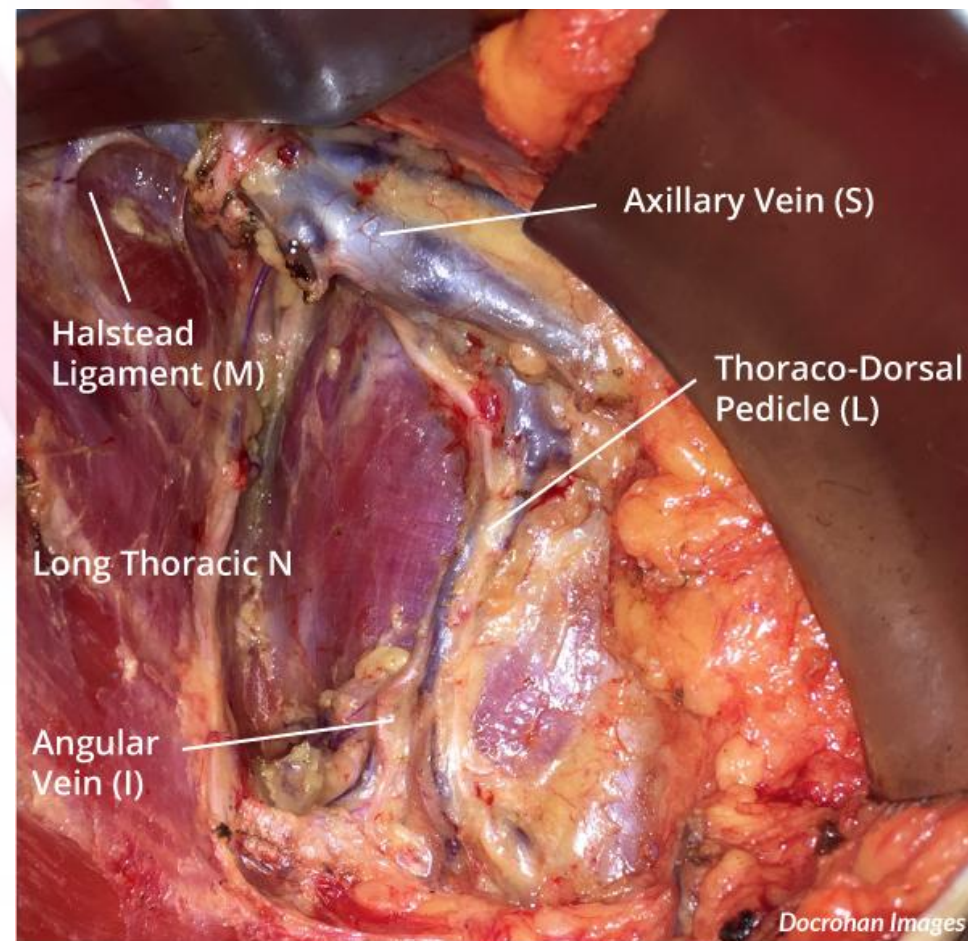
# Хирургическое лечение

Лампэктомия + аксиллярная  
лимфодиссекция

с целью хирургического стадирования

*или*

Тотальная мастэктомия с  
аксиллярной лимфодиссекцией  
и возможной последующей  
реконструкцией



**Boundaries of Axillary Dissection**

# Постоперационное лечение

Лучевая терапия зависит от объема пораженных лимфатических узлов.

Негативный статус лимфатических узлов

Лучевая терапия молочной железы с или без буста опухолевого ложа. Облучение региональных лимфатических узлов при центральном/медиальном расположении опухоли или опухоли размером более 2 см у пациентов высокого риска (молодой возраст или лимфоваскулярная инвазия)

Поражение одного и более лимфоузлов

Лучевая терапия молочной железы с/без буста опухолевого ложа, облучение надключичной и подключичной областей, внутренних грудных лимфатических узлов, а также подключичной области в зоне повышенного риска



# ***Системная адьювантная терапия***

A large, faint pink ribbon is visible in the background of the slide.

- Гистологическая оценка

- Определение гормонозависимости

- HER2 - статус



# I. Гистологическая группа : протоковый, лобулярный, смешанный, метастатический типы опухоли

## 1. ER и/или PR позитивная форма

- HER2-позитивная - адъювантная гормональная терапия + химиотерапия трастузумабом
- HER2-негативная форма без поражения лимфатических узлов
  - При объеме опухоли менее 0,5 см показана гормональная терапия
  - При объеме > 0,5 см крайне рекомендована ПЦР с обратной транскрипцией
  - Если оценка вероятности рецидива не выполнена, назначается гормональная терапия или химиотерапия с последующей гормональной терапией

- HER2 негативная форма с поражением лимфоузлов (N1)

### *N1 стадия*

- ❖ Пациент не является кандидатом к химиотерапии – адьювантная гормональная терапия
- ❖ Пациент является кандидатом для химиотерапии – ПЦР с обратной транскрипцией для определения прогноза рецидива и преимущества химиотерапии в тактике лечения -> проведение химиотерапии с последующей гормональной терапией/гормональная терапия по показанию
- ❖ Проведение мультигенного анализа не предоставляется возможным -> химиотерапия с последующей гормональной терапией

## 2. ER, PR-негативная форма

- HER2-позитивная – химиотерапия с трастузумабом (в сочетании с паклитакселом при T1N0M0)
- HER2-негативная – химиотерапия показана при:
  - ❖ Объем опухоли  $\leq 0,5$  в сочетании с pN1mi
  - ❖ Объем опухоли 0,6 и более как при N0, так и при pN1mi

## II. Гистологическая группа : тубулярный, муцинозный, папиллярный типы опухоли

### 1. ER и/или PR позитивная форма

- При объеме опухоли до 3 см при pN0/pN1mi – адьювантная гормональная терапия
- При ипсилатеральном поражении лимфоузла более 2 мм – гормональная и химиотерапия

### 2. ER и/или PR негативная форма

- химиотерапия с трастузумабом (в сочетании с паклитакселом при T1N0M0)

## ***Follow-up***

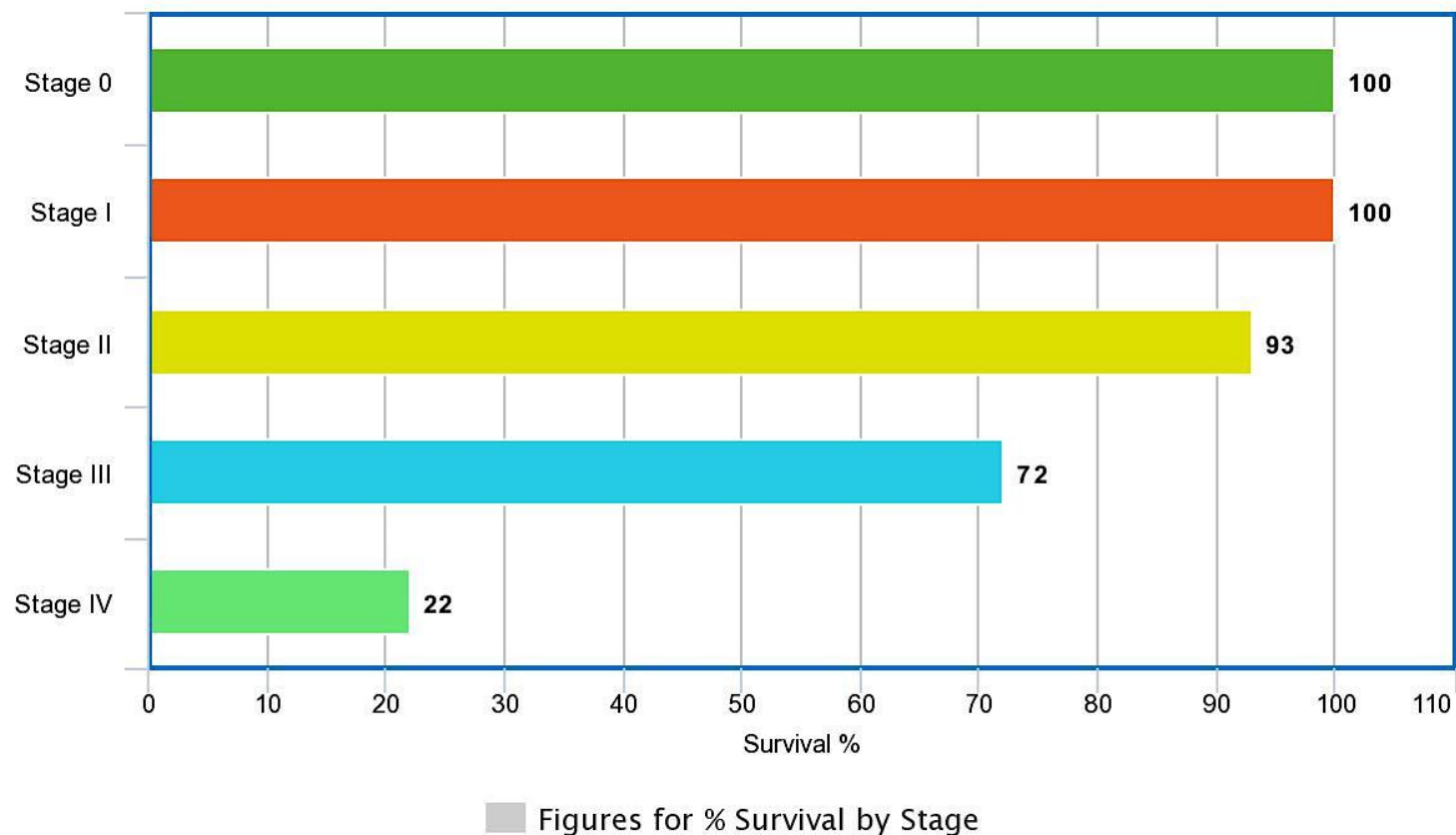
- Физикальное обследование с частотой 1-4 раза в год в зависимости от наличия клинической симптоматики в течение первых 5 лет после лечения, далее – 1 раз в год
- Профилактика и диагностика лимфедемы
- Маммография 1 раз в год ( первый год после лечения – дважды)
- Женщины, принимающие тамоксифен – ежегодное обследование у гинеколога
- Женщины принимающие ингибиторы ароматазы – мониторинг состояния костной ткани
- Следование гормональной терапии по прописанному режиму
- Правильное питание и активный образ жизни, обеспечивающий поддержание оптимального ИМТ (20-25)



# Прогноз

- 5-летняя выживаемость составляет 99% при впервые диагностированном заболевании 0-Ia стадии
- При поражении регионарных лимфатических узлов 5-летняя выживаемость составляет 85%

5 Year % Relative Survival Rate for Breast Cancer by Stage  
SEERS data (2012)



# Риск рецидива

## Низкая степень риска

- Опухоль менее 1 см в диаметре
- ER,PR-позитивная форма

## Средняя степень риска

- Опухоль до 5 см в диаметре
- Поражены 1-3 лимфатических узла

## Высокая степень риска

- Высокодифференцированная опухоль
- HER2-положительная форма