

IMSP INSTITUTUL ONCOLOGIC

APROBAT
prin Ordinul IMSP IO
nr. 138 din 29.11.2019

Protocol Clinic Instituțional PCI-102

CANCERUL GLANDEI MAMARE

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național PCN-360, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 846 din 16.07.2019 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul glandei mamare”

Chișinău, 2019

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	
CGM	Cancerul glandei mamare
GM	Glanda mamară
Es	Estrogen
MFC	Maladia fibrocistică
MG	Mamografie
HT	Hormonoterapia
USG	Ultrasonografie
CHT	Chimioterapie
TC	Tomografie computerizată
PCT	Polichimioterapie
Pg	Progesteron
HER2/neu	Human Epidermal growth factor Receptor 2
Ki-67	Indicele de proliferare celulară
G	Gradul de diferențiere celulară
Rc	Recidivă
Mt	Metastază
G/l	Ganglion limfatic
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
PCN	Protocol clinic național
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

PREFAȚĂ

Protocolul Clinic Instituțional a fost elaborat de grupul de lucru pentru elaborarea Protoalelor Clinice Instituționale din cadrul IMSP Institutul Oncologic.

Drept temei a servit Protocolul Clinic Național PCN-102, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 846 din 16.07.2019 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul glandei mamare”, cu păstrarea structurii, numerotației capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor etc., luând în considerație posibilitățile reale ale instituției.

Protocolul Clinic Instituțional PCI-102 a fost discutat și aprobat la Consiliu de Calitate IMSP Institutul Oncologic (președinte, Veronica Ciobanu) și Comitetul Farmacoterapeutic al IMSP Institutul Oncologic (președinte, C. Preplița).

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul maladiei:

Cancerul glandei mamare CIM-10, D05 și C50

A.2. Coduri topografice ICD-O-3

D05 – cancerul *in situ* al GM

C50 glanda mamară (exclde pielea sânelui C44)

C50.0 Mamelon și areola

C50.1 Cadranul central al glandei mamare

C50.2 Cadranul superio-intern al glandei mamare

C50.3 Cadranul inferio-intern al glandei mamare

C50.4 Cadranul superio-extern al glandei mamare

C50.5 Cadranul inferio-extern al glandei mamare

C50.6 Prelungirea axilară a glandei mamare

C50.8 Afectarea glandei mamare în afara localizărilor menționate

C50.9 Nu este specificată localizarea procesului

A.3. Utilizatorii:

- IMSP Institutul Oncologic, cabinetele de profil ale CCD și secțiile consultative și specializate în diagnosticul și tratamentul cancerului glandei mamare.

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

- A spori depistarea precoce a CGM în stadiile incipiente- stadiile I-II.
- A scădea rata pacientelor în stadiile tardive ale CGM – stadiile III-IV.
- A ameliora rezultatele tratamentului CGM și a reduce rata recidivelor și a metastazelor după tratamentul radical al CGM, prin utilizarea intervențiilor chirurgicale moderne și a schemelor standarde de RT și PCT.
- A îmbunătăți calitatea vieții pacientelor cu CGM.

A.5. Data elaborării protocolului: (aprobat prin Ordinul IMSP IO nr. 138 din 29.11.2019) în baza PCN 102 Cancerul glandei mamare, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.846 din 16.07.2019

A.6. Data revizuirii următoare: în termen de până la 6 luni de la următoarea revizuire a PCN 102 Cancerul glandei mamare

A.9. Definițiile folosite în document

Cancer al glandei mamare - proces malign care se dezvoltă din epiteliul ductal sau lobular al glandei mamare.

Cancer Paget - una din formele cancerului glandei mamare care se dezvoltă din epiteliul mamelonului.

Cancer „in situ” - cancer intraepitelial, fără invazie în țesuturile subepiteliale.

Extinderea loco-regională - afectarea tumorală a glandei mamare și ganglionilor limfatici regionali externi.

Generalizarea procesului tumoral - apariția metastazelor în organe și țesuturi, în alți ganglioni limfatici decât cei regionali.

Screening este o metodă de testare care își propune să detecteze cancerul la persoanele care nu prezintă nici un simptom. Screening-ul cancerului (engl. to screen = a căuta) presupune diagnosticul cancerului la populația asimptomatică, într-un stadiu preclinic al maladiei.

Scopul screening-ului de masă este scăderea morbidității și/sau a mortalității într-o populație, prin detecția cancerului în stadii precoce la populația aparent sănătoasă.

Depistarea precoce a patologiilor oncologice ale glandelor mamare constă în detectarea atât a stărilor precanceroase, a tumorilor benigne, cât și a cancerului în stadiile preclinice sau incipiente, ce va spori considerabil șansele și calitatea unui tratament de succes, dar și va permite economia și gestionarea mai eficientă a finanțelor în sistemul de sănătate.

A. 10. Informația epidemiologică

Cancerul glandei mamare actualmente reprezintă cea mai frecventă formă de neoplazii la femei, constituind o problemă majoră cu impact global, cauzată de morbiditate și mortalitate înaltă. Cancerul mamar continuă să fie o problemă de mare actualitate în oncologie deoarece, pe de o parte, frecvența morbidității prin această localizare se menține la un nivel foarte ridicat, iar pe de altă parte, au apărut modalități de reducere a mortalității.

Potrivit datelor statistice, în Republica Moldova cancerul glandei mamare ocupă primul loc în structura morbidității prin tumori maligne la femei. Conform ultimelor date statistice prezentate de Cancer Registrul al IMSP Institutul Oncologic, incidența tumorilor maligne ale glandelor mamare crește din an în an. În anul 2015 au fost luate la evidență în IMSP Institutul Oncologic 1013 paciente, care au constituit 53,6 ‰, în 2016 numărul pacientelor a ajuns deja la 1170 (63,4 ‰), iar în anul 2017 numărul acestora a crescut la 1199, ce a constituit 65,0 ‰. Respectiv a crescut și ponderea morbidității prin tumori maligne ale glandelor mamare de la 10,7% în 2015, la 11,9% - în 2017.

În Republica Moldova anual se înregistrează în jur de 1000 de paciente cu cancer mamar, reprezentând 22% din morbiditatea oncologică anuală. Se estimează că 1 din 9 femei pe parcursul vieții vor fi afectate de această groaznică maladie.

B. PARTEA GENERALĂ

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu		
Descriere (măsură)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia primară	Vezi descrierea B1	Vezi descrierea B1
2. Profilaxia secundară	<p>Maladiile benigne și stări precanceroase ale GM</p> <p style="text-align: center;">Riscul malignizării</p> <p>Papilomul intraductal – 7-30%; Adenomul și fibroadenomul – casuistic; Tumorul filoid – până la 1-3%; Forma difuză a MFC – 2,5%-5%; Forma nodoză a MFC – 5%-7%; Genicomastia forma localizată– 5%-7% Hamartomul – cazuistic;</p>	<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul chirurgical al maladiilor benigne și al stărilor precanceroase în volum de rezecție sectorală a GM, sub protecția anesteziei generale în cadrul instituțiilor specializate. • Supravegherea pacientelor tratate anterior în legătură cu maladii benigne și stări precanceroase ale GM.
3. Diagnosticul		
<p>3.1. Diagnosticul clinic</p> <p>3.2. Metode de concretizare a caracterului procesului în glanda mamară</p> <p>3.3 Metode pentru determinarea extinderii procesului malign.</p>	<p>Cancer al glandei mamare (se indică obligativ stadiul procesului tumoral)</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (caseta 5) • Investigații clinice (caseta 6-7) • Mamografia (conform recomandărilor) - 2 proiecții • USG (conform recomandărilor) • Citologia (2 puncții prin biopsie aspirativă cu ac fin, la necesitate ghidate: ecorafic sau mamografic) • Trepan- biopsia tumorii (tumora mai mare de 1,0 cm) cu efectuarea analizei histopatologice și imunohistochimice a tumorilor la pacientele cu diagnosticul confirmat citologic sau stabilit clinic și paraclinic fără confirmare citologică. La necesitate (tumori mici, greu palpabile, adânc situate în țesutul glandular) trepan- biopsia se va efectua sub ghidaj ecografic sau mamografic. <p>Stadiul maladiei se apreciază atât clinic, cât și conform datelor</p>

<p>3.4 Metode de determinare a particularităților organismului</p>		<p>USG și mamografiei.</p> <p>N. B. Pacientele însărcinate prezintă 2 particularități de diagnostic:</p> <p><i>1. Nu se va efectua puncția aspirativă cu ac fin din considerente de rezultate citologice fals-pozitive (4-6 %). Se va efectua trepan-biopsia în condiții de staționar (pericol de iminență de avort);</i></p> <p><i>2. Se va efectua USG glandelor mamare, ca metodă de diagnostic de bază (Mamografia este contraindicată).</i></p> <p>Afectarea g/l axilare se confirmă clinic, cu ajutorul USG regiunii axilare, prin investigația citologică prin biopsie aspirativă cu ac fin.</p> <p>Afectarea g/l supraclaviculare și axilare controlaterale se confirmă prin investigația clinică, USG a acestora și prin investigația citologică prin biopsie aspirativă cu ac fin.</p> <p>Recomandabil - Tomografia computerizată (TC) a glandei mamare - la necesitate- (formele oculte, formele local-avansate cu suspexie la concreșterea în țesuturile cutiei toracice).</p> <p><u>Pentru determinarea răspândirii procesului:</u></p> <p>Obigator</p> <ul style="list-style-type: none"> • R-grafia cutiei toracice • USG glandei tiroide, a organelor abdominale, retroperitoneale, a bazinului mic; • Scintigrafia scheletului în regim „corp integru” • TC la creier - cu contrast; <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomosinteza organelor cutiei toracice, oaselor, ficatului - în cazul diagnosticului incert de procese secundare (Mt în pulmoni, ficat, oase, etc.) ➤ TC cu sau fără contrast se va efectua în cazul diagnosticului incert de procese secundare (Mt în creier,
---	--	--

		<p>pulmoni, ficat, oase, etc.).</p> <p>TC a ficatului se va efectua în regim angio CT plus 3 faze (în cazul suspjecției la proces secundar)</p> <p><i>N.B. Cu scop diagnostic se recomandă TC cu contrast, iar pentru monitorizarea dinamicii procesului se va face fără contrast. TC a sistemul osos se va efectua fără contrast.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ RMN organelor interne - pentru evaluarea răspândirii procesului (în cazul epuizării posibilităților celorlalte metode instrumentale de diagnostic) ➤ Determinarea mutațiilor BRCA 1/ BRCA 2 pacientelor cu CGM cu anamneza eredo-colaterală agravată (2 și mai multe rude de gradul 1-2).
4. Aprecierea tacticii de tratament	Pacientele cu CGM după efectuarea investigațiilor complexe și stabilirea răspândirii procesului se discută în cadrul comisiilor multidisciplinare, cu participarea specialiștilor oncologi mamologi, oncologi medicali, radioterapeuți, reabilitologi, psihologi, ș.a.), care elaborează tactica de tratament (Grad de dovadă I) [8.10, 19].	Obligatoriu: Conform deciziei consiliului multidisciplinar, pacientele sunt internate în secțiile specializate în tratamentul cancerului glandei mamare (caseta 9,10).
5. Supravegherea	Scopul supravegherii este de a monitoriza efectul tratamentului administrat în vederea corectării acestuia în caz de ineficacitate.	Obligatoriu: Eficacitatea tratamentului va fi confirmată prin metode clinice, USG, mamografie, Ro organelor cutei toracice, scintigrafia scheletului în regim „corp integru”, etc. In cazul lipsei eficacității tratamentului prescris, schimbarea tacticii de tratament se va efectua în cadrul comisiei multidisciplinare.
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea	Pacienta cu cancer operabil al glandei mamare.	Criterii de spitalizare: <ul style="list-style-type: none"> • Suspecție la CGM sau CGM confirmat citologic sau

		<p>histologic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In cazul neconfirmării diagnosticului se va efectua rezecția sectorală cu investigație morfologică urgentă. • În cazurile de CGM confirmat histologic pacienta va fi spitalizată în secția de profil, conform deciziei comisiei multidisciplinare, care vor elabora tactica de tratament.
2. Diagnosticul		
<p>2.1 Diagnosticul clinic</p> <p>2.2 Metode de apreciere a caracterului procesului în glanda mamară</p> <p>2.3 Metode pentru determinarea extinderii procesului malign al glandei mamare.</p> <p>2.4 Metode de determinare a particularităților organismului.</p>		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (caseta 5) • Investigații clinice (caseta 6-7) • Rezecție sectorală a GM cu investigația morfologică urgentă a țesutului tumoral (în caz de lipsa confirmării citologice) • Investigația morfopatologică a piesei înlăturate la intervenția chirurgicală. • Se va determina forma morfopatologică a tumorii, tipul de creștere, indicele G, gradul de expresie al REs, RPg, HER2/neu, Ki-67), starea țesutului adiacent, al gradului de patomorfoză, a g/l afectați de metastaze, inclusiv, numărul acestora. • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui*(proteina, albumina, ureia, creatinina, bilirubina totală, directă și indirectă, ALT, AST, fosfataza alcalină, amilaza, K, Ca, Mg, indicii coagulogramei) • ECG* • Ro pulmonară* <p>*se efectuează în cazul patologiei concomitente pentru monitorizarea compensării funcțiilor vitale a organismului.</p>
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul chirurgical		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduita preoperatorie (caseta 12) • Intervenția chirurgicală (caseta 13, 14)

		<ul style="list-style-type: none"> • Conduita postoperatorie (<i>caseta 15</i>) • Selectarea schemei de tratament în funcție de stadiul maladiei, statusul somatic, REs, RPg, HER2/neu, Ki-67 (<i>caseta 11</i>) • Conduita în cadrul tratamentului (<i>caseta 10</i>)
4. Elaborarea recomandărilor pentru supravegherea pacientei la nivelul asistenței medicale primare (după tratamentul administrat)		<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat cu indicarea stadiului maladiei, a numărului și rezultatului investigației histopatologice. • Rezultatele celorlalte investigații efectuate în staționar. • Tratamentul aplicat și rezultatele acestuia. • Recomandările explicite pentru pacientă. • Planul detaliat al tratamentului ulterior și termenii de monitorizare <p>(<i>caseta 23,27</i>).</p>
5.Reabilitarea		Măsurile de reabilitare (<i>caseta 26</i>)
6.Supravegherea		Individualizarea termenilor de supraveghere la diferite etape (<i>caseta 27</i>)

C. 1. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. CLASIFICAREA CLINICĂ A CANCERULUI GLANDEI MAMARE

Caseta 1. Clasificarea cancerului glandei mamare

Clasificarea Internațională TNM, ediția VIII (revizuită în anul 2017 de către Centrul Internațional Anticancer).

CLASIFICAȚIA CLINICĂ

Sistemul TNM reprezintă expresia extensiei anatomice a tumorii maligne a glandei mamare și se bazează pe definirea a trei componente:

T - tumora primară

Tx - date insuficiente pentru aprecierea extinderii tumorii primare.

To - tumoră nonpalpabilă în glanda mamară

Tis - carcinom preinvaziv (carcinom „in situ")

Tis(DCIS) carcinom „in situ" ductal

Tis (Paget) - maladia Paget a mamelonului fără tumoră în țesutul glandular.

Maladia Paget cu prezența tumorii în glanda mamară se clasifică în funcție de mărimea tumorii.

T1 - tumoră de maxim 2cm.

T1mi - tumora mai mica de 0,1cm

T1a - tumoră de minim 0,1cm, dar nu mai mult de 0,5cm.

T1b - tumoră de minim 0,5cm, dar nu mai mare de 1cm.

T1c - tumoră diametrul căreia nu depășește 2cm.

T2 - tumoră cu diametrul mai mare de 2cm, dar care nu depășește 5cm.

T3 - tumoră mai mare de 5cm.

T4 - tumoră de orice dimensiune cu afectare directă a peretelui toracic sau a pielii. Peretele toracic include coastele, mușchii intercostali, mușchiul dințat anterior și nu mușchiul pectoral.

T4a - răspândire pe peretele toracic.

T4b - edem (inclusiv simptomul „coajei de lămâie"), ulcerarea pielii și prezența metastazelor intracutane în pielea glandei mamare.

T4c - semnele descrise la T4a și T4b. T4d - forma edemo-infiltrativă a cancerului glandei mamare. N.B. Forma edemo-infiltrativă a cancerului glandei mamare se caracterizează prin mărirea în volum a glandei mamare, țesutul glandular este indurat difuz, mamelonului poate fi retras și deviat, iar areola - edemațiată. În tesutul glandular nu se palpează formațiuni tumorale. Pielea - cu sectoarele proeminente sau umblicate, retractoria mamelonară sau alte modificări cutanate (cu excepția T4b și T4d) vor fi evaluate în funcție de diametrul tumorii, neinfluențând clasificarea.

cN - ganglionii limfatici regionali(clinic)

cNx - date insuficiente pentru aprecierea g/l regionali.

cN0 - nu sunt metastaze regionale.

cN1 - metastaze în g/l axilari homolaterali.

cN1mi - micrometastaze de la 0,2 până la 2,0mm

cN2 - metastaze în g/l axilari ipsilaterali fixați între ei.

cN2a - metastaze axilare cu g/l aderenți între ei sau la alte structuri tisulare adiacente.

cN2b - metastaze în g/l intramamari cu lipsa manifestării clinice a metastazelor axilare.

cN3 - metastaze în g/l subclaviculari ipsilaterali cu sau fără afectarea g/l axilari, sau a celor intramamari, axilari ipsilaterali, sau metastaze în g/l supraclaviculari și axilari cu sau fără afectarea metastatică a celor ipsilaterali.

cN3a - metastaze în g/l subclaviculari (poate fi afectat un ganglion sau un grup).

cN3b - afectarea metastatică a g/l intramamari și axilari.

cN3c - metastaze în g/l supraclaviculari.

Notă: Expresia „clinic stabilite" se aplică pentru cazurile de prezență a simptomelor clinice de afectare metastatică a g/l sau de vizualizarea acestora prin alte metode (cu excepția limfoscintigrafiei).

M - metastaze la distanță

Mx - date insuficiente pentru aprecierea prezenței metastazelor la distanță.

M0 - semne de metastaze la distanță nu-s.

M1 - există metastaze la distanță.

În cazul M1 și pM1 se precizează localizarea afectării:

PUL - afectare pulmonară

MAR - măduva osoasă

OSS - oase

ADR - suprarenale

PER - peritoneu

SKI - piele

HEP - ficat

BRA - creier

OTN - altele

PLE - pleura

LUM-ganglioni limf. neregionali

CLASIFICAREA MORFOPATOLOGIA – pTNM

pT - tumora primară

Clasificarea morfopatologică necesită examinarea carcinomului primar, pe marginele rezecției macroscopice nu trebuie să fie prezent țesutul tumoral.

Se clasifică ca pT cazul în care tumora e solitară sau asociată cu tumori microscopice și atunci clasificarea pT corespunde clasificării categoriei T.

În clasificarea pT mărimea tumorii corespunde componentului invaziv. Dacă există o tumoră de o extindere mare (de exemplu 4 cm) cu un component invaziv mic ($\leq 0,5$ cm) tumora va fi clasificată ca pT1a.

pN - metastaze în ganglioni limfatici regionali

pNx- g/l nu pot fi apreciați

pN0 – fără metastaze în g/l

pN1 - micrometastaze sau metastaze în 1-3 g/l ipsilaterali sau intramamari, inclusiv în g/l santinelă nedetectabil clinic.

pN1 mi - micrometastază mai mică sau egală cu 0,2 mm sau mai mare de 200 celule maligne, însă nu mai mare de 0,2 mm.

pN1a - metastaze în 1-3 g/l axilari, din care unul va fi de maxim 2 mm.

pN1b - metastaze microscopice în g/l axilari mai mari de 2 mm.

pN1c - micrometastaze în 1-3 g/l și intramamari.

pN2 - metastaze în 4-9 g/l ipsilaterali sau manifestări clinice de metastaze în g/l intramamari ipsilaterali fără afectarea celor axilari.

Mențiune: „fără manifestări clinice” semnifică nedepistarea lor la examenul clinic obiectiv sau alte metode de vizualizare (excepție limfoscintigrafia); „cu manifestări clinice” semnifică depistarea g/l la examenul clinic obiectiv sau prin alte metode de vizualizare (excepție limfoscintigrafia).

pN2a - metastaze în 4-9 g/l axilari, printre care, minimum unul atinge dimensiuni de 2mm;

pN2b - metastaze clinic manifeste în g/l intramamari fără afectarea celor axilari;

pN3 - metastaze în 10 și mai mulți g/l axilari ipsilaterali; sau în cei subclaviculari ipsilaterali; sau manifestări clinice de metastaze în g/l intramamari cu afectarea cel puțin și a unui g/l axilar; sau afectare a mai mult de 3 g/l axilari fără manifestări clinice și micrometastaze în g/l intramamari; sau metastaze în g/l supraclaviculari ipsilaterali;

pN3a - metastaze în 10 și mai mulți g/l axilari (minimum unul atingând dimensiuni de mai mult de 2 mm) sau metastaze în g/l subclaviculari;

pN3b - manifestări clinice de metastaze în g/l intramamari cu afectarea cel puțin și a unui g/l axilar; sau metastaze în mai mult de 3 g/l axilari și micrometastaze în g/l intramamari santinelă stabilite la investigația histologică, fără manifestări clinice;

pN3c - metastaze în g/l supraclaviculari;

pM - metastaze la distanță.

Categoria pM corespunde categoriei M.

STADIALIZAREA ANATOMICA A CANCERULUI GLANDEI MAMARE:

St. 0 Tis No Mo	St. IIIA T ₃ NoMo; To N ₂ Mo; T ₁ N ₂ M;
St. IA T ₁ No Mo	T ₂ N ₂ Mo; T ₃ N ₁ , N ₂ Mo
St. IB To, T ₁ N ₁ mi. Mo	St. IIIB orice T N ₂ Mo; T ₄ No- ₂ Mo;
St. IIA To N ₁ Mo; T ₁ N ₁ Mo	St. IIIC orice T orice N ₃ Mo
St. IIB T ₂ No Mo; T ₂ N ₁ Mo	St. IV orice T orice N M ₁

STADIALIZAREA CANCERULUI MAMAR DUPĂ GRUPURILE DE PROGNOSTIC

	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>G</u>	<u>HER2</u>	<u>ER</u>	<u>PR</u>	<u>stadiu</u>
Tis	N0	M0	1-3	Orice	Orice	Orice	0
T1	N0	M0	1	Poz	Orice	Orice	IA
T1	N0	M0	1-2	Neg	Poz	Poz	IA
T1	N0	M0	2	Poz	Poz	Poz	IA
T1	N0	M0	3	Poz	Poz	Orice	IA
T0-1	Nmi	M0	1	Poz	Orice	Orice	IA
T0-1	Nmi	M0	1-2	Neg	Poz	Poz	IA
T0-1	Nmi	M0	2	Poz	Poz	Poz	IA
T0-1	Nmi	M0	3	Poz	Poz	Orice	IA
T1-2	N0	M0	1-3	Neg	Poz	Orice	IA
T1	N0	M0	1	Neg	Poz	Neg	IB
T1	N0	M0	1	Neg	Neg	Poz	IB
T1	N0	M0	2	Poz	Poz	Neg	IB
T1	N0	M0	2	Poz	Neg	Orice	IB
T1	N0	M0	2	Neg	Neg	Poz	IB
T1	N0	M0	3	Poz	Neg	Orice	IB
T1	N0	M0	3	Neg	Poz	Poz	IB
T0-1	Nmi	M0	1	Neg	Poz	Neg	IB
T0-1	Nmi	M0	1	Neg	Neg	Neg	IB
T0-1	Nmi	M0	2	Poz	Neg	Neg	IB
T0-1	Nmi	M0	2	Poz	Poz	Orice	IB
T0-1	Nmi	M0	2	Neg	Neg	Poz	IB
T0-1	Nmi	M0	3	Poz	Neg	Orice	IB
T0-1	Nmi	M0	3	Neg	Poz	Poz	IB
T2	N0	M0	1-3	Poz	Poz	Poz	IB
T2	N0	M0	1,2	Neg	Poz	Poz	IB
T1	N1	M0	1-3	Poz	Poz	Poz	IB
T1	N1	M0	1,2	Neg	Poz	Poz	IB
T2	N1	M0	1	Neg	Poz	Poz	IB
T2	N1	M0	2	Poz	Poz	Poz	IB

T0-2	N2	M0	1-2	Poz	Poz	Poz	IB
T3	N1-2	M0	1	Poz	Poz	Poz	IB
T3	N1-2	M0	2	Poz	Poz	Poz	IB
T1	N0	M0	1	Neg	Neg	Neg	IIA
T1	N0	M0	2	Neg	Neg	Neg	IIA
T1	N0	M0	3	Neg	Poz	Neg	IIA
T1	N0	M0	3	Neg	Neg	Poz	IIA
T1	N0	M0	3	Neg	Neg	Neg	IIA
T0-1	Nmi	M0	1	Neg	Neg	Neg	IIA
T0-1	Nmi	M0	2	Neg	Neg	Neg	IIA
T0-1	Nmi	M0	3	Neg	Poz	Neg	IIA
T0-1	Nmi	M0	3	Neg	Neg	Poz	IIA
T0-1	Nmi	M0	3	Neg	Neg	Neg	IIA
T0-1	N1	M0	1	Poz	Poz	Neg	IIA
T0-1	N1	M0	1-2	Poz	Neg	Orice	IIA
T0-1	N1	M0	1	Neg	Poz	Neg	IIA
T0-1	N1	M0	1	Neg	Neg	Poz	IIA
T0-1	N1	M0	1	Neg	Poz	Poz	IIA
T2	N0	M0	1	Poz	Poz	Neg	IIA
T2	N0	M0	1-2	Poz	Neg	Orice	Iia
T2	N0	M0	1	Neg	Poz	Neg	IIA
T2	N0	M0	1	Neg	Neg	Poz	IIA
T2	N0	M0	1	Neg	Poz	Poz	IIA
T0-2	N2	M0	1	Neg	Poz	Poz	IIA
T3	N1-2	M0	1	Neg	Poz	Poz	IIA
T0-1	N1	M0	1	Neg	Neg	Neg	IIB
T0-1	N1	M0	2	Poz	Poz	Neg	IIB
T0-1	N1	M0	2	Neg	Poz	Neg	IIB
T0-1	N1	M0	2	Neg	Neg	Poz	IIB
T0-1	N1	M0	3	Poz	Poz	Neg	IIB
T0-1	N1	M0	3	Poz	Neg	Orice	IIB
T2	N0	M0	1	Neg	Neg	Neg	IIB
T2	N0	M0	2	Poz	Neg	Neg	IIB
T2	N0	M0	2	Neg	Poz	Neg	IIB
T2	N0	M0	2	Neg	Neg	Poz	IIB
T2	N0	M0	3	Poz	Poz	Neg	IIB
T2	N0	M0	3	Poz	Neg	Orice	IIB
T2	N1	M0	1	Poz	Orice	Orice	IIB
T2	N1	M0	1	Neg	Neg	Poz	IIB

T3	N1-2	M0	2	Neg	Poz	Poz	IIB
T3	N1-2	M0	3	Poz	Poz	Poz	IIB
T0-1	N1	M0	2	Neg	Neg	Neg	IIIA
T0-1	N1	M0	3	Neg	Poz	Neg	IIIA
T0-1	N1	M0	3	Neg	Neg	Orice	IIIA
T2	N0	M0	2	Neg	Neg	Neg	IIIA
T2	N0	M0	3	Neg	Poz	Neg	IIIA
T2	N0	M0	3	Neg	Neg	Orice	IIIA
T2	N1	M0	1	Neg	Poz	Neg	IIIA
T2	N1	M0	2	Poz	Neg	Neg	IIIA
T2	N1	M0	2	Neg	Poz	Neg	IIIA
T2	N1	M0	3	Poz	Poz	Neg	IIIA
T2	N1	M0	3	Poz	Neg	Neg	IIIA
T3	N0	Mo	1	Neg	Poz	Neg	IIIA
T3	N0	M0	2	Poz	Neg	Neg	IIIA
T3	N0	M0	2	Neg	Poz	Neg	IIIA
T3	N0	M0	3	Poz	Poz	Neg	IIIA
T3	N0	M0	3	Poz	Neg	Neg	IIIA
T2	N1	M0	3	Neg	Neg	Orice	IIIC
T3	N0	M0	3	Neg	Neg	Orice	IIIC
T0-2	N2	M0	2	Neg	Neg	Neg	IIIC
T0-2	N2	M0	3	Neg	Poz	Neg	IIIC
T0-2	N2	M0	3	Neg	Neg	Orice	IIIC
T3	N1-2	M0	2	Neg	Neg	Neg	IIIC
T3	N1-2	M0	3	Neg	Poz	Neg	IIIC
T3	N1-2	M0	3	Neg	Neg	Oice	IIIC
T4	N0-2	M0	1	Neg	Poz	Neg	IIIC
T4	N0-2	M0	1	Neg	Neg	Orice	IIIC
T4	N0-2	M0	2	Poz	Poz	Neg	IIIC
T4	N0-2	M0	2	Poz	Neg	Orice	IIIC
T4	N0-2	M0	2	Neg	Poz	Neg	IIIC
T4	N0-2	M0	2	Neg	Neg	Orice	IIIC
T4	N0-2	M0	3	Poz	Poz	Neg	IIIC
T4	N0-2	M0	3	Poz	Neg	Orice	IIIC
T4	N0-2	M0	3	Neg	Orice	Orice	IIIC
oriceT	N3	M0	1	Neg	Poz	Neg	IIIC
oriceT	N3	M0	1	Neg	Neg	Orice	IIIC
oriceT	N3	M0	2	Poz	Poz	Neg	IIIC

oriceT	N3	M0	2	Poz	Neg	Orice	IIIC
oriceT	N3	M0	2	Neg	Poz	Neg	IIIC
oriceT	N3	M0	2	Neg	Neg	Orice	IIIC
oriceT	N3	M0	3	poz	Poz	Neg	IIC
oriceT	N3	M0	3	Poz	Neg	Orice	IIIC
oriceT	N3	M0	3	Neg	Orice	Orice	IIIC
oriceT	oriceN	M1	1-3	Orice	Orice	Orice	IV

NB. La baza acestei clasificări stă procesul malign al glandelor mamare supus tratamentului endocrin și/sau chimioterapic.

CLASIFICAREA INTERNAȚIONALĂ HISTOPATOLOGICĂ A CGM

(World Health Organization Classification of Tumors of the Breast Lyon: IARC 2012);

Carcinom invaziv nonspecific	8500	
Carcinom pleomorf	8022	
Carcinom cu stroma asemanatoare osteoclastelor cu celule gigante	8035	
Carcinom lobular invaziv	8520	
Carcinom tubular	8211	
Carcinom cribriform	8201	
Carcinom medular	8510	
Carcinom mucinos	8480	
Carcinom medular atipic	8513	
Carcinom invaziv fără tip specificat cu component medular	8500	
Carcinom invaziv micropapilar	8507	
Carcinom metaplazic fără tip specificat	8575	
Carcinom adenocarcinom cu grad scăzut	8570	
Carcinom metaplazic asemanator cu fibromatoza	8572	
Carcinom cu celule scuamoase	8070	
Carcinom cu celule de fuziforme	8032	
Carcinom cu diferențiere hondroidă	8571	
Carcinom cu diferențiere osoasă	8571	
Alte tipuri de diferențiere mezenhimală	8575	
Carcinom metaplastic mixt	8575	
Carcinom mioepitelial	8982	
Tumor neuroendocrin, bine diferențiat	8246	
Carcinom neuroendocrin, slab difer.	8041	
Carcinom cu difer. neuroendocrină	8574	
Carcinom secretor	8502	
Carcinom invaziv papilar	8503	
Carcinom cu celule acinice	8550	
Carcinoma mucoepidermoid	8430	
Carcinom polimorf	8525	
Carcinom oncocitic	8290	
Carcinom bogat in lipide	8314	
Carcinom cu celule bogate in glicogen	8315	
Carcinom sebaceu	8410	
Carcinom cu adenomioepiteliom	8983	
Carcinom ductal <i>in situ</i>	8500	
Papilom intraductal cu carcinom ductal <i>in situ</i>	8504	
Carcinom intraductal papilar	8503	
Carcinom papilar incapsulat	8504	
Carcinom papilar incapsulat cu invazie	8504	
Carcinom papilar solid	8509	
Maladia Paget a mamelonului	8540	
Carcinom inflamator	8530	

<p>GRADUL MORFOPATOLOGIC DE DIFERENȚIERE AL CGM</p> <p>GX - grad de diferențiere imposibil de stabilit G1 - grad înalt de diferențiere G2 - grad mediu de diferențiere G3 - diferențiere joasă G4 - tumoră nediferențiată /neu - sau EGFR+</p>	<p>CLASIFICAȚIA MOLECULARĂ A CGM (St Gallen, 2015)</p> <p>Cancer luminal A ReEs+ RePg+ HER2/ neu- Cancer luminal B ReEs +RePg+ HER2/ neu+ HER2/ neu+++ Cancer HER 2neu/pozitiv ReEs- RePg- HER2 /neu+++ Cancer bazocelular ReEs- RePg- HER2</p>
--	--

C.2.2. FACTORII DE RISC

Caseta 2.

I. Factorii exogeni sunt reprezentați de:

1. Agenți fizici (radiațiile ionizante, ultraviolete, traumatismele (acute sau cronice) ale GM.
2. Agenți chimici (fumatul , alcoolul , poluarea aerului, apei, solului, alimentația)
3. Agenți biologici (virusii și retrovirusii)

Administrarea preparatelor hormonale timp îndelungat fără prescripția medicului. Înainte de începerea administrării e necesar de efectuat un control medical general, inclusiv cu consultația mamologului, pentru a determina patologii care prezintă risc pentru administrarea acestor preparate (procese hiperplastice ale GM);

II. Factorii endogeni sunt reprezentați de:

1. Factorul genetic
2. Factorii funcției reproductive
3. Factorii endocrino-metabolici definiți de patologii concomitente ale organismului.

I. Factorul genetic

Este cointereseat în 8-10% cazuri. În genele supresoare **BRCA1- (cromosomul 17 q) și BRCA2 - (cromosomul 13 q)** apar mutații pe parcursul vieții. Este caracteristic:

- ✓ afectarea femeilor tinere - până la 40 de ani;
- ✓ asocierea CM cu cel ovarian, endometrial, de colon, etc.
- ✓ frecvent localizare bilaterală;
- ✓ mărește riscul pentru rude de 5 ori, iar depistat în premenopauză – de 9 ori.

Factorii funcției reproductive

1. Funcția menstruală:
 - ✓ menarhă precoce (mai devreme de 12 ani);
 - ✓ menopauză tardivă (mai târziu de 55 de ani);
 - ✓ ciclul menstrual neregulat

Funcția de reproducere

- ✓ Nuliparitatea
- ✓ Vârsta la care femeia naște primul copil;

Funcția de lactație

CGM mai frecvent la femeile care nu alăptează copiii sau îi alăptează puțin. Se dereglează nivelul prolactinei, progesteronului, estrogenilor, glucocorticoizilor și a hormonului de creștere, care acționează benefic asupra țesutului glandular.

Funcția genitală

- ✓ Avorturile -deregări hormonale ireversibile, ce influențează asupra GM, ovare, glanda tiroidă, endometriu, etc,

Patologiile organelor sistemului genital

- ✓ Miomul uterin, endometrioza, polichistoza ovariană, procesele inflamatorii ale ovarelor - cărora le este caracteristică dereglarea statusului hormonal al organismului.

C.2.3. DEPISTAREA PRECOC ȘI SCREENING-UL CGM

Caseta 3. DEPISTAREA PRECOCE ȘI SCREENING-UL CGM

Scopul principal al depistării precoce constă în depistarea în stadii incipiente a cancerului mamar, formarea grupelor de risc, formarea cadastrului pacientelor din familiile cu predispoziție ereditară.

Obiectivele specifice ale programelor de depistare precoce și screening al cancerului mamar

- Invitarea femeilor la controalele profilactice;
- Oferirea informației complete despre programul de depistare precoce al cancerului mamar;
- Asigurarea accesului liber și echitabil la toate serviciile acestui program;
- Examinarea clinică a GM la femeile asimptomatice din toate grupurile de vârstă;
- Identificarea timpurie atât a cancerului glandei mamare, cât și a stărilor precanceroase și a tumorilor benigne;
- Definitivarea diagnosticului patologiilor depistate;
- Oferirea accesului liber și echitabil la tratament în cazul tuturor patologiilor identificate;

PROCEDEE PENTRU DEPISTAREA PRECOCE A CGM

- Autocontrolul GM - se efectuează lunar la orice vârstă; (Anexa 3)
- Examenul clinic al GM- se efectuează obligator 1 dată pe an de către medicul de familie, începând cu vârsta de 18 ani;
- Examenul ecografic al GM- obligator 1 dată pe an, începând cu vârsta de 18 ani;
- Examenul mamografic- după 35 ani, în cazul depistării clinice sau ecografice a formațiunii localizate în GM (Grad de dovadă I).

N.B. Conform recomandărilor Asociației Americane și a Institutului Național al Cancerului, investigația mamografică se efectuează începând cu vârsta de 35-40 ani.

Ținând cont de faptul, că în Republica Moldova rata femeilor depistate cu cancer mamar până la vârsta de 40 de ani este destul de mare - 21, 4 % (datele Cancer Registrului pe anul 2018), se recomandă de a efectua mamografia ca metodă de diagnostic al cancerului începând cu vârsta de 35 de ani.

SCREENING-UL CANCERULUI GLANDEI MAMARE

La moment, cea mai eficace metodă de depistare atât a cancerului mamar în stadiile incipiente, cât și a stărilor precanceroase rămâne a fi **regimul de screening**, care și-a dovedit eficacitatea prin multiple studii randomizate în multe țări ale lumii, unde a și fost aplicată, micșorând mortalitatea cu până la 30%.

PROCEDEILE ACTUALE ÎN CADRUL SCREENING-ULUI CGM:

- Autoexaminarea glandelor mamare – o data pe lună, la orice vârstă;
 - Examinarea clinică a GM de către personalul medical- o data pe an, de la vârsta de 18 ani.
 - Ultrasonografia glandelor mamare- o dată pe an, de la vârsta de 18 ani.
 - **Mamografia în 2 proiecții – la femeile cu vârsta de 50-70 de ani, se face o dată la 2 ani.**
- Recomandăm efectuarea screening-ului mamografic de la 45 de ani în următoarele cazuri:**
- cu mutații la nivelul genelor BRCA 1 sau/ și BRCA 2;
 - purtătoare a unei mutații a genei TP 53 sau PTEN cu rude de gradul I bolnave de cancer mamar, care impun un risc mai mare cu 20-25% de a dezvolta un astfel de cancer;
 - care au administrat radioterapie în zona toracelui între vârstele de 10-30 ani, cum ar fi boala Hodgkin, care trebuie investigate mai frecvent și mai minuțios decât semenii lor.

Important !!!

- ✓ Se consideră că mamografia reduce mortalitatea cu 30%, ceea ce înseamnă că anual ar putea fi evitate circa 1000 de decese (cifre relatate de majoritatea țărilor).
- ✓ Depistarea precoce și screening- ul CGM se efectuează conform recomandărilor

Programului Național de control al cancerului pentru anii 2016-2025.

Etapizarea procedurilor de depistare precoce a cancerului glandei mamare

Etapa I. Asistență Medicală Primară – Medicul de familie

La această etapă se efectuează măsurile de depistare precoce a cancerului glandei mamare care includ metodele tradiționale:

1. Examinarea clinică a glandelor mamare – procedură obligatorie începând cu vârsta de 18 ani;
2. Efectuarea ultrasonografiei glandelor mamare – la depistarea patologiei localizate;
3. Efectuarea mamografiei digitale - după vârsta de 35 de ani, la depistarea patologiei localizate (după posibilitate);
4. Efectuarea investigațiilor de laborator necesare, conform actelor normative în vigoare;
5. Îndreptarea pacientei cu biletului de trimitere (formular 027/e) la consultația medicului oncolog mamolog- la depistarea patologiei localizate în GM.

N.B. În caz că medicul de familie depistează careva patologie localizată în glandele mamare obligator trimitte pacienta la oncolog mamolog pentru consultație și investigații.

Important!!! La această etapă se efectuează și screening- ul pentru depistarea precoce a cancerului glandei mamare, procedeele includ:

- Autoexaminarea glandelor mamare – o data pe lună, la orice vârstă;
- Examinarea clinică a glandelor mamare de către personalul medical- o data pe an, de la vârsta de 18 ani;
- Ultrasonografia glandelor mamare- o dată pe an, de la vârsta de 18 ani;
- **Mamografia în 2 proiectii – la femeile cu vârsta de 50-70 de ani, se face o dată la 2 ani.**

Etapa II. Centrele Consultative Specializate

Toate pacientele cu diagnosticul de cancer, suspjecție la cancer, cu patologie precanceroasă sau benignă a glandelor mamare vor fi îndreptate la consultația oncologului mamolog.

În Centrele Consultative Specializate se va efectua:

- Examinarea clinica a GM de către medical oncolog mamolog
- USG GM indiferent de vârstă (dacă nu s-a efectuat la etapele anterioare)
- Mamografia digitală după vârsta de 35 de ani (dacă nu s-a efectuat la etapele anterioare)
- Puncția diagnostică cu ac fin a tumorii din GM și/ sau a ganglionilor limfatici regionali (dacă nu s-a efectuat la etapele anterioare);
- Amprente din secrețiile mamelonare sau de pe suprafața mamelonului în caz de afectare a acestuia (dacă nu s-a efectuat la etapele anterioare);
- Revizuirea preparatelor citologice trimise de la etapele anterioare ;
- Trepan biopsia formațiunii maligne cu scopul determinării statusului imunohistochimic;

Pacientele se vor discuta la comisia multidisciplinară, care conform Protocolului Clinic National va elabora tactica de tratament individual a pacientelor cu CGM.

C.2.4. CONDUITA PACIENTEI CU CGM

Caseta 4

Obiectivele procedurilor de diagnostic în CGM

- Prezența tumorii maligne
- Determinarea localizării procesului
- Stabilirea răspândirii procesului
- Estimarea factorilor de risc pentru evoluția nefavorabilă a procesului
- Aprecierea tacticii de tratament
- Aprecierea prognosticului maladiiei

Procedurile de diagnostic în CGM

- Anamnestic
- Examenul fizic
- USG glandelor mamare (la orice vârstă)
- Mamografia în două proiecții (după 35 de ani)
- Investigații paraclinice și de laborator.

C.2.4.1 ANAMNEZA

Caseta 5. Recomandări pentru culegerea anamnesticalui.

- Debutul maladiei
- Simptome clinice (tumoră dură, imobilă, indoloră, cu contur neregulat, fixarea pielii, simptome cutanate: simptomul terenului, umbilicației, a „coajii de lămâie”, simptomul Krauze, eliminări din mamelon, retractoria mamelonului, g/l regionali măriți, etc.)
- Evidențierea factorilor de risc (fumatul, expuneri profesionale și de mediu, etc.)
- Evidențierea factorului ereditar
- Tratamentul administrat anterior.

C.2.4.2 EXAMENUL FIZIC AL GLANDELOR MAMARE (DATE OBIECTIVE)

Caseta 6.

Regulile examenului clinic în CGM

- Examinarea clinică a glandelor mamare (inspecția și palpația în poziție verticală și orizontală)
- Examinarea g/l regionali (bilateral:axilari, subclaviculari, supraclaviculari, cervicali)
- Examinarea mamelonului
- Evidențierea secrețiilor mamelonare

Examenul fizic al glandelor mamare cuprinde autoexaminarea și examinarea clinică, efectuată de către un specialist cu experiență (medicul de familie, mamolog, ginecolog, etc.)

Autoexaminarea –include inspecția și palparea sânilor.

Inspectia - se examinează sânii în vederea posibilelor modificari ale pielii (ingroșarea, hiperemia, unbilicarea, etc.) și a mameloanelor (retractoria, edemul, eroziuni, eliminări, etc.).

Palparea - în poziția verticală și orizontală, în direcția „acelor de ceasornic”, inclusiv și zonele axilare. Autoexaminarea sânilor se face lunar, a 5-7 zi după menstruație, când sânii nu mai sunt durerosi și tumefiați, astfel încât să nu creeze disconfort. Atunci când femeia nu mai are menstruație (în menopauză), este preferabil de ales o zi din lună (ex: ziua de naștere), care să fie ușor de ținut minte. Modalitatea de efectuare a autoexaminării este bine să fie demonstrată și explicată de medicul de familie sau de un medic ginecolog cu ocazia primului consult. Mai multe studii sugerează că femeile care își autoexaminează atent și regulat sânii pot depista tumori de dimensiuni chiar până la 1 cm. Problema majoră este, că autoexaminarea este practică corect foarte rar, numai 2-3% din femei practică o examinare ideală după un instructaj corect. Se vor identifica reperele anatomice (marginile coastelor, aria glandulară, plica submamară și vârful axilei). Se va insista asupra tehnicii corecte și a timpului suficient alocat.

Examinarea clinică a glandelor mamare (de către personalul medical) are un rol esențial în depistarea precoce a cancerului mamar, datorită eficacității și simplității sale. Examinarea clinică a sânilor se va practica după studierea detaliată a anamnezei și va consta din inspecția și palparea sânilor și a regiunilor ganglionare regionale. Examinarea clinică poate depista între 20 – 30% din cancerul mamare. Datele actuale pledează pentru faptul, că o examinare corectă și la timp a sânilor determină un impact pozitiv asupra diminuării mortalității prin cancer mamar. Se recomandă începerea examinării clinice a glandelor mamare la persoanele de sex feminin de la vârsta de 18 ani. Dacă medicul de familie, ginecologul sau alt specialist identifică o modificare mamară se va recomanda USG sau/și mamografia, conform vârstei pacientei.

C. 2.4.3. MANIFESTĂRILE CLINICE ALE CGM

Caseta 7. Manifestările clinice ale CGM

În funcție de manifestările clinice cancerul mamar se împarte în următoarele forme:

Forma nodulară (nodoză) se întâlnește în 90 - 95%, are 2 etape de dezvoltare:

I. Etapa preclinică - tumori nonpalpabile, care se depistează ocazional la USG și la mamografie.

II. Etapa clinică- prezența unei tumori dure, imobile, indolore, cu un contur neregulat, deseori fixează pielea, formând simptome cutanate: simptomul terenului, umblicației și a „coajii de lămâie”, simptomul Krauze - indurația mamelonul și a areolei.

Formele difuze - 3- 5%. Se manifestă prin absența tumorii în GM și mărirea în volum a acesteia. Prezența simptomului „coajii de lămâie”, a edemului, hiperemiei, ulcerăției pielii. Mamelonul poate fi plat, retractat sau deplasat.

Forma difuză unește 3 feluri de cancere:

1. Cancerul edemo-inflamator sau mastitofor – GM e mărită în volum, edemațiată și infiltrată. Pielea poate fi hiperemiată, cu hipertermie locală, simptomul „cojii de lămâie” poate fi pozitiv, mamelonul poate fi plat, edemațiat. Deseori această formă a cancerului este confundată cu mastita acută.

2. Forma de erizipel - se caracterizează prin hiperemia pielii fără hotare clare, sub formă de limbi de foc, care uneori trec pe cutia toracică.

3. Forma de cuirasă - micșorarea GM în volum, formarea cutelor, retractia mamelonului. GM reprezintă un infiltrat tumoral de consistență dură, care capătă aspectul unui plast în formă de cuirace, care este fixat de cutia toracică, mușchii pectoral și intercostali.

III. Forma intrachistică - 0,5%, apare pe peretele unui chist. Prezența unei formațiuni elastice, moi. La puncția chistului putem căpăta un conținut sangvinolent. USG, mamografia și investigația citologică a conținutului acestui chist pot confirma diagnosticul.

Maladia Paget - 0,7-1%, apariția pe mamelon, uneori și pe areolă, a crustelor, fisurilor cu eliminări de limfă, iar uneori chiar sânge. Dacă este afectat numai epitelul mamelonului - cancer „in situ”. În caz contrar, tumora afectează derma și se dezvoltă cancerul infiltrativ, cu afectarea țesutului glandular. În acest caz cancerul se clasifică conform dimensiunilor tumorii palpabile.

C. 2.4.4. INVESTIGAȚII PARACLINICE ÎN DIAGNOSTICUL CGM

Caseta 8.

Teste de imagistică: ultrasonografia glandelor mamare și mamografia

Ultrasonogra glandelor mamare se poate efectua la orice vârstă, inclusiv și femeilor însărcinate. Se efectuează la depistarea oricărei patologii localizate în glandele mamare sau o data în an cu scop profilactic. Se examinează toată suprafața mamară, inclusiv regiunile ganglionare regionale. Are o serie de avantaje incontestabile comparativ cu mamografia, și este utilă indiferent de vârsta pacientei. Rezultatul ecografiei nu este influențat de structura sânilor, nu posedă radiații ionizante, nu este dureroasă și poate fi repetată de câte ori este necesar.

Examenul mamografic se efectuează strict după vârsta de 35 de ani, se indică de medicul de familie/ oncolog la depistarea patologiei localizate în glandele mamare. Prezintă o sensibilitate de 85%-90%, depistând patologia mamară cu circa 2 ani înaintea percepției oricărui semn clinic. Se utilizează diferite tehnici de mamografie, incluzând metoda clasică și cea digitală, utilizată cel mai frecvent.

Mamografia digitală este o metodă ce devine tot mai importantă și indispensabilă în imagistica sânilor. Diferența față de mamografia clasică este aceea, că imaginea este obținută în mediul digital de un detector (Grad de dovadă II), [3, 10].

C.2.4.5. DIAGNOSTICUL DIFENȚIAT AL CANCERULUI MAMAR

Tabelul 1. Diagnosticul difențiat al cancerului glandelor mamare cu tumorile benigne și stările precanceroase

<i>Denumirea patologiei</i>	<i>Dureri</i>	<i>SIMPTOMELE CLINICE</i>						
		<i>Eliminări din mameleon</i>	<i>Prezența formațiunii</i>	<i>Caracteristica formațiunii</i>				
				<i>Consistența</i>	<i>Hotarele</i>	<i>Suprafața</i>	<i>Mobilitatea</i>	<i>G/l axilari</i>
Cancerul mamar	În stadiile avansate	Pot fi	Da	Dură	Neclare	Zâmțată	imobilă	Măriți
Papilomul intraductal	Pot fi	Sunt totdeauna (străvezii, sanguine, cafenii)	În 50%	Elastică	Certe	Netedă	Împreună cu țesutul adiacent	Nu-s măriți
Cistadenopapilom	Pot fi	Pot fi	+	Elastică	Certe	Netedă	Împreună cu țesutul adiacent	Nu-s măriți
Fibroadenomul	Nu sunt	Nu sunt	+	Dură-elastică	Certe	Macronodoză sau netedă	În limitele țesutului glandular	Nu-s măriți
Tumor filoid	Pot fi	Nu sunt	+	Dură-elastică	Certe	Macronodoză sau netedă	În limitele țesutului glandular	Nu-s măriți
Maladia fibrochistică:								
• Forma difuză	Pot fi	Pot fi (verzui, tulburi)		Elastică	-	-	-	Nu-s măriți
• Forma nodoză	Pot fi	Pot fi (verzui, tulburi)	+	Dură-elastică	Certe	Netedă	În limitele țesutului glandular	Nu-s măriți

C.2.4.6. CRITERII DE SPITALIZARE

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu CGM

- Pacientele cu diagnosticul de suspexie de cancer sau cancer stabilit clinic, paraclinic, verificat citologic sau morfologic în stadii operabile;
- Pacientele cu CGM cu orice stadiu al maladiei, care prezintă urgențe medico-chirurgicale (tumoră cu descompunere și hemoragie activă);
- Efectuarea trepan-biopsiei grupelor speciale de paciente (sarcină, patologie concomitentă subcompensată/decompensată);
- Dificultăți în stabilirea diagnosticului.

C.2.4.7. PRINCIPII GENERALE DE TRATAMENT

Caseta 10. Principiile generale de tratament.

Conform recomandărilor internaționale, tratamentul cancerului mamar trebuie efectuat în unități specializate, definite ca instituții care oferă asistență unui volum mare de paciente cu cancer mamar prin intermediul unor echipe multidisciplinare, care vor include cel puțin un oncolog mamolog, radioterapeut, oncolog medical și un anatomopatolog - specialiști în domeniul cancerului mamar.

Strategia terapeutică este influențată de: vârstă, statusul menstrual al pacientei, stadiul procesului tumoral, gradul de expresie al receptorilor de estrogeni și progesteron, hiperexpresia HER2/neu, ki - 67, gradul de diferențiere al tumorii, patologiiile concomitente (a sistemului cardiovascular, hepatic, renal, pulmonar, diabet zaharat, etc.), a criteriilor stabilite în vederea riscului de progresare al procesului tumoral.

Repere pentru elaborarea tacticii de tratament

Aprecierea tacticii de tratament depinde de localizarea și răspândirea procesului, starea generală a pacientei și acordul acesteia la metoda propusă.

Tratamentul CGM la etapa contemporană e combinat sau complex în funcție de extinderea procesului tumoral, a riscului de progresare a maladiei (gradul de diferențiere, invazia tumorală a vaselor, gradul de expresie al markerilor tumorali (ReEs, RePg, HER2/neu, ki- 67), numărul g/l regionali afectați de metastaze) și în funcție de patologiiile concomitente.

În baza indicilor sus-numiți a fost stabilit riscul de progresare a maladiei. În cadrul aceluiași stadiu al maladiei paciențele pot avea risc de progresare minimal, intermediar și maximal (tabelul 2), (Grad de dovadă III), [12, 13,14].

Tabelul 2. Categoriile riscului de progresare a formelor operabile ale CGM (Criteriile San-Gallen, 2015)

Categoriile de risc	Factorii ce determină riscul	
Risc minimal	<ul style="list-style-type: none"> • Vârsta > 35 ani. • Lipsa Mt în g/l (pN0); • Tumora d< 2 cm; • Grad de malignizare G1, 	<ul style="list-style-type: none"> • Lipsa invaziei tumorale a vaselor; • Expresia Her 2 / neu negativă; • Ki 67 <15% Expresia ReEs și RePg pozitivă
Risc intermediar	<ul style="list-style-type: none"> • Vârsta <35 ani. • Lipsa Mt în g/l (pN0); • Tumoră pT>2 cm; • Prezența Mt separate (1-3) în g/l regionali externi; • Grad de malignizare G2-3 	Concordanța cu 1 din factorii: <ul style="list-style-type: none"> • ReEs +, RePg +; Her 2/neu-negativ; • Ki 67 < 15- 30% • ReEs - și RePg –negativi; • Invazia peritumorală a vaselor;
Risc maximal	<ul style="list-style-type: none"> • Prezența Mt separate în g/l regionali (1-3 ș. m.m.); • Grad de malignizare G3, 	Concordanța cu unii din factorii: <ul style="list-style-type: none"> • ReEs - și RePg negativi; • Her2/neu – pozitiv;

		• Ki 67 > 30%.
--	--	----------------

Tabelul 3. Metodele de tratament ale formelor operabile ale CGM în funcție de extinderea procesului și a riscului de progresare

Stadiul procesului	I etapă	II etapă	Volumul tratamentului chirurgical	Tratament adjuvant		
				RT	PCT	HT
Stadiul 0 (TisN0M0) Unicentric	Chirurgical		Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	-	-
Multicentric	Chirurgical		Mastectomie radicală	+	-	-
Maladia Paget	Chirurgical		Mastectomie radicală	+	-	-
Stadiul I <i>Risc minim, intermediar</i>	Chirurgical		Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	-	-
<i>Risc Maxim</i>	PCT	Chirurgical	Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	+	+
Stadiul IIA <i>Risc minim, intermediar</i>		Chirurgical	Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	-	-
<i>Risc Maxim</i>	PCT	Chirurgical	Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	+	+
Stadiul IIB <i>Risc minim, intermediar</i>	Chirurgical		Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	+	+
<i>Risc Maxim</i>	PCT	Chirurgical	Operație organomenajantă Mastectomie radicală	+	+	+
Stadiul IIIA <i>Risc minim, intermediar</i>	PCT	Chirurgical	Mastectomie radicală	+	+	+
<i>Risc Maxim</i>	PCT	Chirurgical	Mastectomie radicală	+	+	+
Stadiul IIIB, IIIC <i>Risc minim, intermediar</i>	PCT	Chirurgical	Mastectomie radicală	+	+	+
<i>Risc Maxim</i>	PCT	Chirurgical	Mastectomie radicală	+	+	+

C.2.4.8. STRATEGIA TERAPEUTICĂ ÎN FUNCȚIE DE STADIUL MALADIEI ÎN CGM

Caseta 11.

<p>Stadiul 0 - (TisNOMO): Carcinomul ductal „in situ” (CDIS) Cancerul Paget Forma unicentrică •Tratament chirurgical (operație organomenajantă, mastectomie) •Radioterapie</p>	<p>Stadiul I Risc minim, intermediar • Tratament chirurgical (operație organomenajantă, mastectomie) • Radioterapie Risc maxim • Polichimioterapie neadjuvantă</p>
--	---

<p>Forma multicentrică</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tratament chirurgical (mastectomie) •Radioterapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratament chirurgical (operație organomenajantă, mastectomie) • Radioterapie • Hormonoterapie
<p>Stadiul IIA</p> <p>Risc minim, intermediar</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tratament chirurgical (operație organomenajantă, mastectomie) •Radioterapie după operațiile organomenajante <p>Risc maxim</p> <ul style="list-style-type: none"> •Polichimioterapie neadjuvantă •Tratament chirurgical (recomandabil mastectomie, în caz de refuz- operație organomenajantă) •Radioterapie •Hormonoterapie 	<p style="text-align: center;">Stadiul II B</p> <p>Risc minim, intermediar</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tratament chirurgical (operație organomenajantă, mastectomie) •Radioterapie •Hormonoterapie <p>Risc maxim</p> <ul style="list-style-type: none"> •Polichimioterapie neadjuvantă •Tratament chirurgical (operație organomenajantă, mastectomie) •Radioterapie •Hormonoterapie
<p style="text-align: center;">Stadiul III A</p> <p>Risc minim, intermediar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polichimioterapie neadjuvantă • Tratament chirurgical (mastectomie) • Radioterapie • Hormonoterapie <p>Risc maxim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polichimioterapie neadjuvantă • Tratament chirurgical (mastectomie) • Radioterapie • Hormonoterapie 	<p style="text-align: center;">Stadiul III B, III C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risc minim, intermediar • Polichimioterapie neadjuvantă • Tratament chirurgical (mastectomie) • Radioterapie • Hormonoterapie <p>Risc maxim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polichimioterapie neadjuvantă • Tratament chirurgical (mastectomie) • Radioterapie • Hormonoterapie

C.2.4.9. PRINCIPIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL CGM

Caseta 12. Pregătirea preoperatorie a pacientelor cu CGM

Pregătirea preoperatorie pentru tratamentul chirurgical presupune efectuarea unei serii de teste uzuale, de evaluare a funcției hepatice (transaminaze, bilirubina, coagulograma), renale (ureia, creatinina), și bineînțeles hemograma, electrocardiograma și radiografia pulmonară. Scopul acestor investigații este de a evalua statusul general al pacientei și de a depista, eventual, alte afecțiuni infraclinice a diferitor organe. Obligatorie este evaluarea imagistică pentru a depista eventuale diseminări ale neoplasmului mamar sau neoplazii viscerale cu alte localizări. Investigațiile necesare vor fi efectuate de către medicul de familie, iar pacientele se vor spitaliza cu rezultatele normale ale investigațiilor de laborator și a celor instrumentale. Pregătirea preoperatorie va depinde de patologia concomitentă, de dereglările metabolice, determinate de ea. În caz de pregătire de lungă durată, se va efectua în condițiile secțiilor specializate ale spitalelor raionale sau în caz de patologie concomitentă severă – în instituțiile republicane de profil [24, 40].

C.2.4.10. INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ ÎN CGM

Caseta 13. Principiile tratamentului chirurgical al CGM

Atât în oncologia denerală, cât și în cea a glandei mamare se utilizează următoarele tipuri de intervenții chirurgicale:

- I. **Radicală** - atunci când intervenția chirurgicală se efectuează în procesele neoplazice operabile (lipsa Mt la distanță și a recidivelor locale);
- II. **Paliativă** – când se efectuează cu scopul îmbunătățirii calității vieții pacientelor, a stării generale și a funcțiilor organelor (în procesele avansate local sau/ și general);
- III. **Chirurgia metastazelor, a recidivelor locale** – posibilitatea rezecției complete a

metastazelor sau /și a recidivelor locale;

IV. **Reconstructive** - cu scopul corectării deficitelor funcționale sau estetice determinate de chirurgia excizională a leziunii maligne.

Chirurgia cancerului glandei mamare vizează îndepărtarea totală sau parțială a organului, în care este localizată tumora.

Intervenția chirurgicală este principala etapă de tratament în CGM, în cadrul căreia se înlătură tumora și ganglionii limfatici regionali (axilari, nivelele I - III).

Intervențiile chirurgicale efectuate în cadrul tratamentului CGM pot fi în volum de mastectomie, operație organomenajantă sau rezecție sectorală simplă.

Alegerea tipului de intervenție chirurgicală se bazează atât pe extinderea și localizarea tumorii (dimensiunea, numărul de leziuni, numărul și amploarea interesării ganglionare), cât și pe caracteristicile biologice ale acesteia. Vârsta pacientei trebuie corelată cu alți factori și nu trebuie să reprezinte factorul decisiv pentru refuzul sau limitarea volumului intervenției chirurgicale.

Cel mai utilizat tip de intervenție chirurgicală este în prezent mastectomia radicală modificată Madden. Intervenția chirurgicală poate fi efectuată cu scop paliativ sau curativ.

Operația paliativă prevede intervenția chirurgicală îndreptată spre micșorarea suferințelor pacientei. Aceasta poate avea și caracter sanitar. Aceste intervenții se folosesc în procesele maligne cu descompunere și/sau hemoragie, din cauza răspândirii procesului tumoral, sau stării generale a pacientei.

Caseta 14. Tipuri de mastectomii folosite în tratamentul cancerului mamar

Mastectomia (gr. mastos – mamela, ektome – excizie) se referă la îndepărtarea chirurgicală a sânului, operație indicată în cazul diagnosticului de cancer mamar. Aceasta poate fi unilaterală (îndepărtarea unui singur sân) sau bilaterală (îndepărtarea ambilor sâni).

Obiectivul principal al intervențiilor radicale este cel oncologic, care vizează extirparea GM concomitent cu g/l limfatici regionali, inclusiv cei interpectorali Rotter, aponevroza clavi-coracopectoro-axilare și țesutul celulo-limfoganglionar în totalitate.

1. Mastectomia radicală (Halsted) – constă în înlăturarea GM a mușchilor mic și mare pectorali și aria principală a drenajului limfatic. Tehnic, mastectomia Halsted oferă avantaje de evidare ganglionară largă și efectuată comod, dar în același timp are dezavantaje din punct de vedere a pacientei: prezența sechelelor grave (limfedemul membrului superior, plexalgiiile, aspectul inestetic al părții anterioare al toracelui, etc.) Este o tehnică chirurgicală istorică, actualmente este utilizată doar în cazurile, când tumora concrește în mușchii pectoral mare și/sau mic.

2. Mastectomia radicală modificată- implică îndepărtarea glandei mamare, adică țesutul cutanat și subcutan, țesutul glandular mamar, complexul mamelono-areolar. Această procedură este, de obicei, recomandată în tumorile mari sau în cazurile implicării ganglionilor limfatici în proces.

a. Mastectomia radicală modificată (Patey) – se păstrează mușchiul pectoral mare, cu efecte estetice și funcționale satisfăcătoare. Constă în ablația sânului împreună cu fascia pectoralului mare, iar evidarea ganglionară (nivelul I-III și interpectorală) se efectuează după secționarea mușchiului mic pectoral. Prin păstrarea mușchiului mare pectoral funcționalitatea membrului superior este mai bună, decât după mastectomia tip Halsted, însă acest procedeu nu poate oferi un spațiu suficient pentru disecția corectă a zonei inter- și subpectorale.

b. Mastectomia radicală modificată (Madden) - este o tehnică chirurgicală practică actualmente mai frecvent, în care se efectuează ablația sânului împreună cu fascia pectoralului mare, cu evidarea largă axilară (nivelul I-III) și interpectorală, dar cu păstrarea ambilor mușchi pectorali: mare și cel mic. Metoda are avantaje incontestabile, fiind estetică și funcțională, mai puțin frecventă complicația prin limfostază a membrului superior homolateral.

3. Mastectomia Pirogov– este o tehnică chirurgicală, ce se utilizează rar, doar în cazurile prezenței patologiei concomitente decompensate (afecțiuni cardio-vasculare severe, hepatorenale, diabet zaharat decompensat, etc.), care limitează posibilitatea intervenției chirurgicale mai radicale. Mastectomia Pirogov constă în înlăturarea GM cu evidarea ganglionilor limfatici

axilari doar nivelul I.

4. Mastectomia subcutanată – implică doar îndepărtarea țesutului glandular, cu păstrarea tegumentelor, mamelonului și areolei. Intraoperator se efectuează analiza morfopatologică extemporanee a zonei retromamelonare. În cazurile prezenței celulelor canceroase se păstrează doar tegumentele GM, cu înlăturarea complexului mamelono-areolar. Se poate face și reconstrucția imediată a GM.

5. Mastectomia simplă – constă în îndepărtarea glandei mamare fără ganglioni limfatici regionali. Este efectuată în cazurile patologiei somatice severe asociate și imposibilitatea efectuării tratamentului chirurgical radical.

6. Mastectomia sanitară – se efectuează în cazul tumorilor cu distrucție și descompunere și/sau hemoragie. Scopul principal al intervenției rămâne înlăturarea masei tumorale, stoparea hemoragiei și, de regulă, poartă un caracter paliativ și nu unul curativ. În cazul hemoragiilor, intervențiile chirurgicale se efectuează în mod urgent.

Operațiile organomenajante – rezeecție sectorală lărgită cu limfadenectomie regională. Se va efectua verificarea histologică extemporanee a marginilor de securitate și a zonei subareolare. În cazul rezultatului pozitiv se efectuează rerezecția sau mastectomia radicală. *Loja tumorală se marchează cu cleme (clipsuri) metalice din titan, pentru facilitatea câmpului de administrare a radioterapiei.*

Rezeecție sectorală simplă – extirparea în bloc a tumorii cu marja de rezeecție nu mai puțin de 3 cm, fără limfadenectomie. Se efectuează în cazul patologiei concomitente severe sau la refuzul categoric al pacientei la alt tip de tratament chirurgical.

Reconstrucția glandei mamare - pentru pacientele care suportă mastectomie. Un pas revoluționar în evoluarea chirurgiei plastic în reconstrucția mamară a constituit utilizarea endoprotezelor din silicon și expanderelor pentru înlăturarea deficitului de țesut. S-a stabilit, că implantele cu gel de silicon nu au efecte nocive asupra țesuturilor adiacente, nu-și schimbă proprietățile fizico-chimice și nu sunt cancerogene. În același timp protezele mamare nu pot soluționa toate cazurile de reconstrucție a GM. Se va discuta cu pacienta individual tehnica optimă și se va ține cont de factorii anatomici, terapeutici și corelați cu preferința acesteia.

Contraindicații oncologice pentru reconstrucția mamară sunt tumorile de dimensiuni mari, cu creștere în cutia toracică, forma infiltrativ-edematoasă a cancerului, prezența recidivelor și a metastazelor îndepărtate. Comorbiditățile sistemelor cardio-vascular și respirator, diabetul zaharat, la fel, constituie contraindicații absolute. Obezitatea se consideră o contraindicație relativă. Nu se recomandă reconstrucția imediată pacientelor care necesită radioterapie postoperatorie, deoarece poate duce la imposibilitatea efectuării tratamentului radioterapeutic adjuvant și/sau rezultate estetice nefavorabile.

Caseta 15. Conduita postoperatorie.

- În caz de prezența durerilor - administrarea preparatelor analgezice (Metamizoli natrium, Ketorolac, etc.) în decurs de 3-5 zile după operație.
- Prelungirea tratamentului analgezic mai mult de 72 ore se hotărăște individual, conform intensității manifestării sindromului algic.
- Se va efectua profilaxia intraoperatorie cu antibiotice (Cefazolinum, Ceftriaxonum, etc.,) (administrarea dozei duble de antibiotic, unimomentan).
- Se indică tratament antibacterian în cazurile tumorilor cu descompunere și/sau patologiei concomitente: obezitate gr. III-IV, diabet zaharat etc.
- Drenajul activ se înlătură peste 7-10 zile postoperator. Pacientelor obeze, cu diabet zaharat (care pot avea limforee abundentă și prolongată) necesitatea înlăturării drenajului activ se va decide individual.

Peste 14-21 zile se înlătură firele de sutură. Pacientelor obeze, cu diabet zaharat necesitatea înlăturării firelor se decide individual. Paciente se externează pentru continuarea tratamentului specific sub supravegherea medicului de familie sau/și a oncologului raional cu controale

respective la instituția specializată.

Caseta 16. Complicațiile postoperatorii

Infecțiile postoperatorii se numără printre cele mai frecvente complicații posibile ale unei intervenții chirurgicale, provocând durere, vindecare dificilă a plăgii, necesitatea administrării antibioticelor (Cefazolinum, Ceftriaxonum, etc.), spitalizare prelungită și cheltueli suplimentare. Totodată, infecțiile postoperatorii pot cauza probleme severe precum eșecul operației, septicemie, insuficiență organică și chiar decesul pacientei.

Pericolul infecțiilor instalate după o intervenție chirurgicală este influențat de factorii de risc la care este supusă pacienta:

- diabetul zaharat;
- supraponderalitatea și obezitatea;
- vârsta înaintată;
- operațiile de urgență;
- contaminarea evidentă a plăgii operatorii;
- intervențiile chirurgicale care durează mai mult de două ore;
- sistemul imunitar slăbit.

Complicațiile care pot surveni în perioada cicatrizării plăgilor sunt:

- **Infectarea plăgii.** Inflamația consecutivă infecției parcurge o fază presupurativă și o fază supurativă. Infecția este favorizată de prezența corpurilor străine. Plăgile profunde creează condiții de dezvoltare locală a unor germeni anaerobi.
- **Hematomul sau seromul** plăgii se formează prin acumularea sângelui sau sero-limfatică. Prezența acestora predispune la apariția infecției și întârzie vindecarea.
- **Dehiscenta** plăgii postoperatorii se produce în urma infecției sau datorită stării biologice precare a pacientei (deseori anemie).

Tratamentul infecțiilor postoperatorii implică administrarea antibioticelor cu spectrul larg de acțiune (Ampicilinum, Carbenicilinum, etc.). În unele situații, pot fi necesare intervenții chirurgicale repetate. Antibioticele pot fi administrate oral, intramuscular sau intravenos - în cazul infecțiilor severe. Este necesară prelevarea culturii din regiunea plăgii, pentru a verifica sensibilitatea la antibiotice. Antipireticele, substituenții de volum plasmatic și analgeticele sunt deseori o parte importantă a tratamentului. S-a demonstrat, că profilaxia cu antibiotice preoperator sau intraoperator contribuie semnificativ la scăderea frecvenței infectării plăgilor postoperatorii. Deseori, explorarea unei incizii chirurgicale poate fi necesară pentru drenarea cavității purulente, a abcesului sau a hematomului.

C.2.4.11. RADIOTERAPIA CANCERULUI GLANDEI MAMARE

Caseta 17. Particularitățile radioterapiei CGM.

Radioterapia în CGM urmărește scopul obținerii unui control local fără recidive și metastaze și, prin aceasta, a creșterii duratei supraviețuirii și a calității vieții. Tratamentul radioterapeutic a glandei mamare se aplică în funcție de stadiul maladiei, volumului intervenției chirurgicale, datele morfopatologice, a factorilor de risc și a vârstei pacientei.

Radioterapia CGM se efectuează la acceleratorul liniar sau la aparatele de cobaltoterapie, iar la ganglionii limfatici mamari interni - prin alternanță de fotoni și fascicule de electroni, sau numai cu electroni, în dependență de adâncimea lanțului g/l parasternali. Iradierea zonei parasternale cu sursă ⁶⁰Co la aparatele gamaterapeutice sau numai cu fascicul de fotoni la acceleratorul liniar, poate duce la dezvoltarea pulmonitei, mediastinitei și pericarditei postradiante.

Iradierea glandei mamare:

Volumul- țintă de iradiere include țesutului mamar cu o distribuție minimă a dozei pe țesuturile adiacente, ce poate fi realizat utilizând așa metode compensatoare cum ar fi: filtre-wedge, poziționarea pacientei pe abdomen, etc. Glanda mamară trebuie să primească o doză de 44-50

Gy, cu 2 Gy pe ședință. Iradierea suplimentară a patului tumoral (boost) este recomandată la pacientele cu risc înalt de recidivă locală. Acest lucru poate fi realizat cu fascicul de electroni sau de fotoni. Condiția necesară pentru realizarea iradierii patului tumoral – marcarea intraoperatorie a patului tumoral cu clipse chirurgicale. Doze tipice recomandate sunt 10-16 Gy cu 2 Gy pe ședință sau 10 Gy - cu 2,5 Gy. Ritmul de iradiere – 5 ori pe săptămână.

Iradierea peretelui toracic :

Iradierea peretelui toracic și a regiunilor ganglionare: tumor primar >3cm, boala multicentrică, invazia microscopică limfovaculară și perineurală, gradul de diferentiere G3, margini rezectate pozitive, la orice pN+ după mastectomia radicală - se indică radioterapie.

Volumul-țintă de iradiere include peretele toracic ipsilateral, cicatricea postmastectomie și orificiul de drenare. Există multe tehnici de iradiere prin utilizarea razelor X și / sau a electronilor. Cea mai frecventă utilizată la peretele toracic este de 44-50 Gy cu 2 Gy pe ședință. Se recomandă planificarea tratamentului radiant cu ajutorul TC cu scopul de a identifica volumul pulmonar și cardiac cu scopul de a minimiza expunerea acestor organe la iradiere. O atenție specială trebuie să fie acordată utilizării materialului- bolus atunci când sunt folosite fotoni (razele X), pentru asigurarea dozei adecvate la piele.

Iradierea ganglionilor limfatici regionali:

Iradierea regiunilor ganglionare în totalitate (ggl axilari, supraclaviculari) se efectuează în următoarele cazuri: când sunt afectați peste 3 ggl axilari, depășirea microscopică a capsulei ganglionare, dubii asupra calității evidării axilare. Aprecierea volumului-țintă de iradiere se realizează utilizând planificarea tratamentului radiant în baza TC. Pentru g/l axilari și subclaviculari, adâncimea iradierii variază în dependență de greutatea pacientei. Luând în considerație că g/l mamari interni, de obicei, nu sunt vizibili pe imaginile TC, aprecierea localizării arterei și venei mamare interne poate ajuta în identificarea lor. Dosele tipice recomandate sunt de 44-50 Gy cu 2 Gy pe ședință (+ iradierea suplimentară (boost). Ritmul de iradiere – 5 ori pe săptămână.

G/l mamari interni ipsilaterali se iradiază în cazurile când sunt afectați, în caz contrar, radioterapia la ganglioni limfatici mamari interni rămâne la discreția medicului radioterapeut. Planificarea tratamentului radiant bazat pe TC se utilizează în toate cazurile în care este efectuată radioterapia la g/l mamari interni.

Radioterapie preoperatorie se aplică în caz de procese locale de T4, în caz de neeficacitatea tratamentului chimioterapic neoadjuvant, la contraindicații medicale către operație.

Radioterapia cancerului glandei mamare metastatic.

1. Metastaze în creier.

În caz de metastaze solitare în creier tactica de tratament se stabilește prin consiliu medical consultativ în componența: chirurg-mamolog, chimioterapeut, neurochirurg și radioterapeut, pentru a justifica refuzul la tratament chirurgical sau chimioterapic. Se iradiază creierul cu o doză de 30 Gy cu 3 Gy pe ședință. După iradiere este obligatorie consultația chimioterapeutului.

2. Boala metastatică osoasă.

Cel mai frecvent regim folosit este de 3 Gy pe ședință până la doza sumară de 30 Gy. În cazul afectării metastatice a coloanei vertebrale, în volumul de iradiere se include vertebra afectată și câte o vertebră mai sus și mai jos.

Alte regimuri de radioterapie paliativă posibilă:

-doza sumară 20-28 Gy cu 4 Gy pe ședință

-doza sumară 20 Gy cu 5 Gy pe ședință

-1 ședință unică cu 8 Gy în caz de sindromul algic violent și lipsei comprimării măduvei spinale.

Tratamentul recidivelor locale este individual și depinde de tratamentul efectuat anterior.

Contraindicațiile la radioterapie:

1. Lipsa verificării morfologice a maladiei.
2. Starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific.
3. Prezența patologiilor concomitente pronunțate (decompensate).

4. Indicii de laborator - în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific.

Conduita în cadrul tratamentului:

- a. Analiza generală a sângelui - 1 dată în 10 zile.
- b. Profilaxia dermatitei postradiante (aplicarea pe câmpurile iradiante a unguentelor de Metiluracil, Pantenol, Solcoseril, la necesitate - cu antibiotici și corticosteroizi).
- c. Monitorizarea apariției complicațiilor postradiante precoce.

Evaluarea eficacității: investigațiile clinice, USG, mamografie, la necesitate TC cu sau fără contrast (în dependență de organul afectat), RMN, scintigrafia sistemului osos, etc.

Conduita după tratament:

- a. Analiza generală a sângelui (1 dată în 14 zile - 1 lună după tratament)
- b. Tratamentul radiodermatitei (în caz de necesitate) [22, 27].

C. 2.4.12. TRATAMENTUL MEDICAMENTOS: CHIMIOTERAPIC ȘI HORMONAL

Caseta 18. Principiile efectuării PCT în CGM.

Strategia terapeutică este influențată de: stadiul TNM al bolii, nivelul receptorilor de estrogen și progesteron, hiperexpresia HER2/neu, gradul de diferențiere (G) și indicele de proliferare a tumorii (Ki67), invazia vasculară, vârstă, statusul menstrual, etc., (Grad de dovadă I), [29, 30, 31].

Indicații pentru chimioterapie:

- În calitate de tratament adjuvant în stadiile I, II, III (4-6 cicluri)
- În tratamentul cancerelor mamare metastatice
- În calitate de tratament neoadjuvant în stadiile II, III (3-6 cicluri)
- În tratamentul cancerului mamar recidivat
- În calitate de tratament topic (Miltefosin)
- În pleureziile maligne pe cale de administrare intrapleurală (5- Fluorouracilum, Doxorubicinum, Bleomicinum, Cisplatinum)

Contraindicații posibile pentru tratamentul specific:

- Lipsa verificării morfologice a maladiei
- Starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific
- Prezența patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific
- Lipsa acordului pacientei pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral

Caseta 19. Criteriile de spitalizare în secțiile de chimioterapie:

- Diagnosticul stabilit morfologic
- Prezența indicațiilor pentru tratamentul specific (chimioterapie, tratament hormonal, tratament de suport (bifosfonați)
- Starea generală ce permite efectuarea tratamentului specific
- Lipsa patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator - în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific.

Caseta 20. SELECTAREA CHIMIOTERAPIEI

Chimioterapie combinată:

Protocoale de chimioterapie pentru boala recidivată și metastatică

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • AC: Doxorubicinum 60 mg/m² i.v. 1 zi; Cyclophosphamidum 600 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • EC: Epirubicinum 5-90 mg/m² i.v. 1 zi; Cyclophosphamidum 600 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • FAC: 5- Fluorouracilum 500-600 mg/m² i.v. 1 zi; Doxorubicinum 50-60 mg/m² i.v. 1 zi; Cyclophosphamidum 500-600 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • FEC: 5- Fluorouracilum 500-600 mg/m² i.v. 1 zi; Epirubicinum 50-100 mg/m² i.v. 1 zi; Cyclophosphamidum 500-600 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • CAF: Cyclophosphamidum 100 mg/m² p.o. 1-14 zi; Doxorubicinum 30 mg/m² i.v. 1, 8 zi; 5- Fluorouracilum 500 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 4 săptămâni. • CAF₂: Cyclophosphamidum 500 mg/m² i.v. 1, 8 zi; Doxorubicinum 30 mg/m² i.v. 1, 8 zi; 5- Fluorouracilum 500 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni. • CEF: Cyclophosphamidum 100 mg/m² p.o. 1-14 zi; Epirubicinum 60 mg/m² i.v. 1, 8 zi; 5- Fluorouracilum 500 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 4 săptămâni. • AD: Doxorubicinum 50 mg/m² i.v. 1 zi; Docetaxelum 75 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • AT: Doxorubicinum 50 mg/m² i.v. 1 zi; Paclitaxelum 175 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • TC: Paclitaxelum 135-175 mg/m² i.v. 1 zi; Carboplatinum AUC 6 i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • DC: Docetaxelum 75 mg/m² i.v. 1 zi; Carboplatinum AUC 6 i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • DAC: Docetaxelum 75 mg/m² i.v. 1 zi; Doxorubicinum 50 mg/m² i.v. 1 zi; Cyclophosphamidum 500 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. | <ul style="list-style-type: none"> • AN: Doxorubicinum 50 mg/m² i.v. 1 zi; Vinorelbinum 25 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni. • TN: Paclitaxelum 135-175 mg/m² i.v. 1 zi; Vinorelbinum 25 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni. • TX: Paclitaxelum 135-175 mg/m² i.v. 1 zi; Capecitabinum 2000 mg/m² p.o. în 2 prize 1-14 zi; fiecare 3 săptămâni. • XN: Capecitabinum 2000 mg/m² p.o. în 2 prize 1-14 zi; Vinorelbinum 25 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni. • XD: Capecitabinum 2000 mg/m² p.o. în 2 prize 1-14 zi; Docetaxelum 75 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • GT: Gemcitabinum 1250 mg/m² i.v. 1, 8 zi; Paclitaxelum 135-175 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • GP(C): Gemcitabinum 1000-1250 mg/m² i.v. 1, 8 zi; Cisplatinum 75-80 mg/m² i.v. 1 zi sau Carboplatinum AUC 5-6 i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • XP(C): Capecitabinum 2500 mg/m² p.o. în 2 prize 1-14 zi; Cisplatinum 80 mg/m² i.v. 1 zi sau Carboplatinum AUC 6 i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • CAP: Cyclophosphamidum 500 mg/m² i.v. 1 zi; Doxorubicinum 50 mg/m² i.v. 1 zi; Cisplatinum 80 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • EP: Etoposidum 120 mg/m² i.v. 1, 3, 5 zi; Cisplatinum 80 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • VP: Vinblastinum 10 mg/m² i.v. 1 zi; Cisplatinum 80 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni. • CMF: Cyclophosphamidum 100 mg/m² per os 1-14 zi; Methotrexatum 40 mg/m² i.v. 1, 8 zi; Fluorouracilum 600 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 4 săptămâni. • CMF₂: Cyclophosphamidum 600 mg/m² i.v. 1, 8 zi; Methotrexatum 40 mg/m² i.v. 1, 8 zi; Fluorouracilum 600 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni. |
|--|---|

Monochimioterapie

- **Doxorubicinum** 60-75 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni.
- **Epirubicinum** 60-90 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni.
- **Doxorubicin liposome** 50 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 4 săptămâni.
- **Docetaxelum** 75-80 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni.

- **Paclitaxelum 175-200 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni sau 80 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare săptămână.**
- **Vinorelbium 25 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni.**
- **Gemcitabinum 800-1200 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi; fiecare 4 săptămâni.**
- **Capecitabinum 2000-2500mg/m² p. o. în 2 prize 1-14 zi; fiecare 3 săptămâni.**
- **Albumin-bound Paclitaxelum 260 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni.**
- **Ixabepilonum 40 mg/m² i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni.**
- **Eribulinum 1,4 mg/m² i.v. 1, 8 zi; fiecare 3 săptămâni.**
- **Etoposidum 100 mg p.o. 1-10 zi; fiecare 3 săptămâni.**
- **Tegafurum 1200-1600 mg p.o. zilnic.**
- **Bevacizumabum 10 mg/kg i.v. 90-60-30 min. fiecare 2 săptămâni în combinație cu chimioterapia (Paclitaxelum).**

Protocoale de chimioterapie recomandate cu scop adjuvant și neoadjuvant pentru CGM HER2/ neu negativ:

- **AC, EC (4-6 cure).**
- **FAC, FEC (4-6 cure).**
- **CAF, CAF₂ (4-6 cure).**
- **CMF, CMF₂ (6 cure).**
- **AC (EC) x 4 cure → Paclitaxelum x 4 cure.**
- **AC (EC) x 4 cure → Docetaxelum x 4 cure.**
- **AC (EC) x 4 cure → Paclitaxelum x 12 cure (fiecare săptămână).**
- **AC (EC) x 4 cure → (Docetaxelum + Carboplatinum AUC 6) x 4 cure.**
- **AC (EC) x 4 cure → (Paclitaxelum + Carboplatinum AUC 6) x 4 cure.**
- **AC (EC) x 4 cure → (Paclitaxelum + Carboplatinum AUC 2) x 12 cure (fiecare săptămână).**
- **(Docetaxelum + Cyclophosphamidum) x 4 cure.**

Protocoale de chimioterapie recomandate cu scop adjuvant și neoadjuvant pentru CGM HER2 pozitiv:

- **AC (EC) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni → (Paclitaxelum + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni.**
- **AC (EC) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni → (Docetaxelum + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni.**
- **AC (EC) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni → (Paclitaxelum + Trastuzumabum 4 mg/kg → 2 mg/kg i.v. 1 zi) x 12 cure, fiecare săptămână.**
- **(Paclitaxelum + Trastuzumabum 4 mg/kg → 2 mg/kg i.v. 1 zi) x 12 cure (fiecare săptămână).**
- **(Paclitaxelum + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni.**
- **(Docetaxelum + Carboplatinum AUC 6 + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi) x 6 cure, fiecare 3 săptămâni.**
- **FEC x 3 cure, fiecare 3 săptămâni + (Docetaxelum + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi + Pertuzumabum 840 mg → 420 mg i.v. 1 zi) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni.**
- **AC x 4 cure, fiecare 3 săptămâni + (Docetaxelum + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi + Pertuzumabum 840 mg → 420 mg i.v. 1 zi) x 4 cure, fiecare 3 săptămâni.**
- **(Docetaxelum + Carboplatinum AUC 6 + Trastuzumabum 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi + Pertuzumab 840 mg → 420 mg i.v. 1 zi) x 6 cure.**

Protocoale de chimioterapie recomandate pentru cancerul mamar HER2 pozitiv recidivat sau metastatic:

- **Trastuzumabum** 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi, fiecare 3 săptămâni sau 4 mg/kg → 2 mg/kg i.v. 1 zi, fiecare săptămână în asociere cu monochimioterapie cu **Paclitaxelum, Docetaxelum, Vinorelbium, Capecitabinum** sau cu chimioterapie combinată conform protocoalelor **TC, DC, TN, TX, XN, XD**.
- **Docetaxelum + Trastuzumabum** 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi + **Pertuzumabum** 840 mg → 420 mg i.v. 1 zi, fiecare 3 săptămâni.
 - **Trastuzumabum emtansinum*** 3,6 mg/kg i.v. 1 zi; fiecare 3 săptămâni.
 - **Lapatinibum** 1250-1500 mg p.o. zilnic.
 - **Lapatinibum** 1250 mg p.o. zilnic + **Capecitabinum** 2000 mg/m² p.o. în 2 prize 1-14 zi; fiecare 3 săptămâni.
 - **Lapatinibum** 1250 mg p.o. zilnic + **Letrozolum** (sau alți inhibitori ai aromatazei) 2,5 mg p.o. zilnic.
 - **Lapatinibum** 1000 mg p.o. zilnic + **Trastuzumabum** 8 mg/kg → 6 mg/kg i.v. 1 zi, fiecare 3 săptămâni sau 4 mg/kg → 2 mg/kg i.v. 1 zi, fiecare săptămână.

În metastaze osoase sunt indicați bisfosonații:

- Acidum ibandronicum 6 mg i.v. fiecare 3-4 săptămâni.
- Acidum zoledronicum 4 mg i.v. fiecare 3-4 săptămâni.
- Acidum clodronicum* 300 mg i.v. 1-5 zi, ulterior 1600 mg per os zilnic îndelungat.

Caseta 21. Particularități de tratament medicamentos la femeile gravide

Pacientele gravide trebuie informate atât despre variantele posibile de tratament în situația concretă, cât și despre riscurile respective pentru pacientă și făt. Volumul investigației și tactica tratamentului depind de termenul sarcinii și caracteristicile bolii (stadiul, subtipul molecular-biologic).

Dacă pacienta este de acord să întrerupă sarcina și să înceapă tratamentul specific, sarcina poate fi întreruptă la orice termen cu ulterioara efectuare a investigațiilor și începerea tratamentului conform standardelor acceptate.

Dacă pacienta dorește să păstreze sarcina, planul investigațiilor și de tratament trebuie discutat în cadrul consiliului multidisciplinar.

Investigațiile trebuie efectuate înainte de toate metodele de tratament și includ:

- Examenul obstetricianului-ginecolog cu determinarea termenului sarcinii și stării funcționale a fătului.
- Analizele clinice și biochimice a sângelui.
- Electrocardiografia (ecocardiografia la indicații).
- USG glandelor mamare și zonelor regionale.
- USG cavității abdominale și a bazinei mic.
- Radiografia organelor cutiei toracice (este necesară protecția fătului).
- Biopsia tumorii primare cu examen patomorfologic.
- Determinarea în țesutul tumoral a caracteristicilor biologice RE, RP, HER2/neu și Ki67.
- Determinarea mutațiilor BRCA1 și BRCA 2.
- Alte investigații – la prezența indicațiilor (RMN a GM fără contrast în trimestrele II și III, RMN organelor cavității abdominale și cutiei toracice fără contrast în trimestrele II și III, consultul psihologului).

Scintigrafia oaselor, TC, TEP/TC în perioada sarcinii sunt contraindicate.

Planul investigațiilor trebuie discutat cu pacienta și necesită semnarea consimțământului.

Pacienta trebuie să fie informată despre planul de tratament și riscurile posibile, cu semnarea consimțământului la tratament.

Principiile tratamentului CM în timpul sarcinii, în general, corespund cu cele aprobate în practica obișnuită, dar există un șir de particularități și restricții în funcție de termenul sarcinii (tab.

4).

Chimioterapia poate fi administrată începând cu săptămâna a 13-a a sarcinii și trebuie finisată către săptămâna a 37-a. Pot fi aplicate combinațiile standard cu antraciclina, taxanii, preparatul Carboplatinum. Calcularea dozelor se va efectua conform recomandărilor standard. Nu sunt necesare reducerile de doze sau mărirea intervalelor între curele de tratament, în afara cazurilor de toxicitate specifică proprie medicamentelor administrate. Terapia hormonală, terapia anti-HER2/neu și radioterapia sunt contraindicate în timpul sarcinii.

Dacă în timpul sarcinii este depistat cancerul mamamr în stadiul IV este necesară evaluarea strictă a posibilității păstrării sarcinii și nașterii în termen în funcție de termenul sarcinii, caracteristicile biologice a tumorii și gradul de răspândire al procesului.

Procesele în stadiul IV cu manifestări minimale ale bolii în trimestrele II-III ale sarcinii poate fi tratat cu chimioterapie, urmat de o naștere în termen. Ulterior se aplică tratament medicamentos în corespundere cu recomandările standard.

Dacă CGM în stadiul IV este depistat în I trimestru al sarcinii și este asociat cu afectare masivă a organelor interne și dinamică agresivă cea mai optimală recomandare este întreruperea sarcinii.

Tabelul 4. Tratamentul CGM morfologic confirmat în stadiile I-III în timpul sarcinii

I trimestru De discutat posibilitatea întreruperii sarcinii. Tratamentul medical este contraindicat.		II trimestru – începutul trimestrului III		Trimestrul III tardiv	
CM primar operabil:	CM primar inoperabil:	CM primar operabil:	CM primar inoperabil:	CM primar operabil:	CM primar inoperabil:
<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomie • PCTadjuvantă din săpt. 13-a • Naștere în termen 	<ul style="list-style-type: none"> • Supraveghere până în trimestrul II • PCTneoadjuvantă din săpt.13-a • Mastectomie până în săptămâna 30 • Naștere în termen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomie • PCTadjuvantă; • Naștere în termen 	<ul style="list-style-type: none"> • PCT neoadj. • Mastectomie • Naștere în termen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomie • Naștere în termen 	<ul style="list-style-type: none"> • Naștere începând cu săptămâna 34
Terapia medicală adjuvantă (hormono-, chimio-, -antiHER2neu) și radioterapia – în prezența indicațiilor și conform recomandărilor standard.					Tratament ulterior în conformitate cu recomandările standard

Caseta 22. TRATAMENTUL HORMONAL ÎN CGM

Indicații pentru tratamentul hormonal:

- În calitate de tratament adjuvant la pacientele cu tumori estrogen și progesteron pozitive (tamoxifen, toremifen, inhibitori de aromatază)
- Ablatia ovariană ca tratament adjuvant la femeile în premenopauză cu tumori estrogen și progesteron pozitive (ovarectomia bilaterală, iradierea ovarelor, analogi de LH-RH)
 - Ablatia ovariană (ovarectomia bilaterală, iradierea ovarelor, analogi de LH-RH) la femeile în premenopauză cu tumori metastatice estrogen și progesteron pozitive sau cu receptori necunoscuți cu administrarea ulterioară a antiestrogenilor, inhibitorilor de aromatază, a progestinelor
- La pacientele în postmenopauză cu tumori metastatice estrogen și progesteron pozitive sau

cu receptori necunoscuți

- În calitate de tratament neoadjuvant în cancerule mamare local avansate
- În tratamentul cancerului mamar recidivat.

Protocoale de hormonoterapie

Pentru tratament adjuvant:

- Tamoxifenum 20 mg per os zilnic - îndelungat.
- Anastrozolum 1 mg per os zilnic - îndelungat.
- Exemestan 25 mg per os zilnic - îndelungat.
- Letrozolum 2,5mg per os zilnic - îndelungat.
- Goserelinum* 3,6 mg s.c. implant fiecare 4 săptămâni sau 10,8 mg s.c. implant - fiecare 12 săptămâni.
- Leuprorelinum 3,75 mg i.m. - fiecare 4 săptămâni.
- Triptorelinum 3,75mg i.m. - fiecare 4 săptămâni.

Pentru tratament neoadjuvant:

- Anastrozolum 1 mg per os zilnic - îndelungat.
- Exemestanum 25 mg per os zilnic - îndelungat.
- Letrozolum 2,5 mg per os zilnic - îndelungat.
- Tamoxifenum 20 mg per os zilnic - îndelungat.

Selectarea tratamentului hormonal. Hormonoterapia bolii recidivate și metastatice

Pentru tratamentul bolii recidivate și metastatice:

- Tamoxifenum 20 mg per os zilnic - îndelungat.
- Toremifenum 60 mg per os zilnic - îndelungat.
- Fulvestrantum* 500mg i.m.- lunar (prima lună – 1, 15 zi).
- Fulvestrantum*500mg i.m. - lunar (prima lună – 1, 15 zi) + Palbociclib 125 mg per os 1-21 zi, fiecare 4 săptămâni.
- Goserelinum* 3,6mg s.c. implant fiecare 4 săptămâni sau 10,8 mg s.c. implant - fiecare 12 săptămâni.
- Leuprorelinum* 3,75mg i.m.- fiecare 4 săptămâni.
- Triptorelinum 3,75mg i.m. - fiecare 4 săptămâni.
- Anastrozolum 1mg per os zilnic - îndelungat.
- Letrozolum 2,5 mg per os zilnic - îndelungat.
- Letrozolum 2,5 mg pe os zilnic îndelungat + Palbociclib 125 mg per os 1-21 zi, fiecare 4 săptămâni.
- Exemestanum* 25 mg per os zilnic- îndelungat.
- Exemestanum* 25 mg per os zilnic - îndelungat + Everolimus 10 mg per os zilnic.
- Megestrol acetat 160 mg per os zilnic - îndelungat.
- Medroxyprogesteronum*1000 mg i.m. 2 ori pe săptămână - îndelungat.
- Medroxyprogesteronum*500 mg per os zilnic - îndelungat.
- Prolotestonum*1 ml i.m. o dată în 2 săptămâni - îndelungat.

Tabelul 5. Selectarea variantei de terapie medicală adjuvantă în funcție de subtipul biologic al cancerului mamar

Subtip biologic	Varianta terapiei adjuvante	Comentarii
Luminal A	Ca regulă, numai terapia endocrină. Dacă se indică chimioterapia, pot fi recomandate schemele CMF, AC, FAC, CAF, și cu includerea taxanelor.	Chimioterapia poate fi indicată în prezența următoarelor indicații relative: <ul style="list-style-type: none"> • Gradul 3 de malignitate • Grad considerabil de răspândire a procesului (≥ 4 g/l axilari afectați, tumora primară $\geq T3$) • Vârsta tânără (<35 ani)

		<ul style="list-style-type: none"> • Risc înalt de de recidivă la analiza multigenetică (dacă este accesibilă) • Preferința pacientei
Luminal B (HER2 negativ)	Terapia endocrină – pentru toate pacientele; chimioterapia – pentru majoritatea pacientelor. Schemele de chimioterapie trebuie să includă antracicline și taxane.	Indicarea chimioterapiei și schema concretă depind de nivelul receptorilor, factorii de risc și preferințele pacientei.
Luminal B (HER2 pozitiv)	Chimioterapia + terapia anti-HER2/neu + terapia endocrină. Schemele de chimioterapie trebuie să includă antracicline și taxane.	Nu sunt date referitor la beneficiul refuzului de chimioterapie în acest subtip tumoral.
HER2 pozitiv Nonluminal	Chimioterapia + terapia anti-HER2/neu. Schemele de chimioterapie trebuie să includă antracicline și taxane.	Terapia anti-HER2/neu este indicată pacientelor cu $\geq T1b$ sau N+.
Triplu negativ (ductal)	Chimioterapia. Regimul chimioterapic optimal nu este stabilit. Este rațională aplicarea schemelor cu includerea antraciclinelor și taxanelor.	Administrarea bevacizumabului, derivatelor platinei, gemcitabinei, capecitabinei nu se recomandă. Importanța regimurilor de chimioterapie intensivă nu este determinată.
Subtipuri histologice deosebite: • Sensibile la hormonoterapie (cribros, tubular, mucinos) • Nesensibile la hormonoterapie (apocrin, medular, adenochisto, metaplastic)	Terapia endocrină. Chimioterapia.	Variantele adenochistos și medular pot să nu necesite chimioterapia adjuvantă (în N0)

Caseta 23. Supravegherea pacientelor care au administrat chimio- hormonoterapie

După finisarea tratamentului cancerului mamar sunt recomandate vizite de 4 ori pe an pe parcursul primilor 5 ani, ulterior anual. Mamografia controlaterală sau bilaterală, USG zonei postoperatorii și zonelor regionale vor fi efectuate anual. Investigațiile de laborator și cele instrumentale în lipsa simptomelor clinice de rutină nu se recomandă. Pacientele care administrează inhibitorii aromatazei vor efectua osteodensitometria anual, vor administra profilactic preparate de calciu și vitamina D și la prezența indicațiilor - bisfosfonați. Pe fondul administrării preparatului Tamoxifen se recomandă examenul anual ginecologic, USG de rutină sau chiretajul cavității uterine - în cazul prezenței simptomelor clinice respective.

Supravegherea pacientelor tratate pentru recidive locale este analogică celei recomandate pentru CM primar.

Pacientele cu boală metastatică necesită urmărire cu frecvența, care asigură efectuarea maximală a volumului de tratament paliativ, controlul simptomelor, longevitatea maximală și cea mai bună calitate a vieții.

C.2.5. COMPLICAȚIILE DUPĂ DIFERITE TIPURI DE TRATAMENT AL CGM

Tabelul 6. Tipul complicațiilor în cadrul diverselor metode de tratament al CGM

Metodele de tratament	Complicațiile	Notă
Chirurgicală	Complicații precoce: <ul style="list-style-type: none"> • Hemoragii • Infectarea plăgii • Necroza lambourilor cutanate Complicații tardive: <ul style="list-style-type: none"> • Formarea cicatricii chiloide • Sindromul humeroscapular 	Obiectul protocoalelor separate
Radioterapie	Complicații: <ul style="list-style-type: none"> • Hematologice • Locale (dermatite, arsură postradiantă) • Sistemice (cardiace, pulmonare, etc) 	Obiectul protocoalelor separate
Chimioterapie	Complicații: <ul style="list-style-type: none"> • Hematologice • Toxice • Sistemice (cardiace, pulmonare, digestive, renale, etc) 	Obiectul protocoalelor separate

Evaluarea toxicității tratamentului anticanceros, conform recomandărilor OMS :

- analiza generală a sângelui +trombocite (o dată pe săptămână);
- analiza biochimică a sângelui (glicemia, urea,creatinina, bilirubina, transaminazele, ș.a. în funcție de necesitate), înaintea fiecărui ciclu de tratament);
- analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament).

C. 2.5.1. CANCERUL MAMAR ÎN TIMPUL SARCINII ȘI POSTPARTUM

Caseta 24. Cancerul mamar în timpul sarcinii și în postpartum

Medicul trebuie să adapteze conduita terapeutică în funcție de termenul sarcinii și de solicitarea exprimată în scris de pacientă, după consilierea sa. Abordarea medicală a gravidei cu CGM implică o comunicare apropiată cu pacienta, familia ei și cu echipa medicală de obstetricieni-ginecologi. *Pacienta este aceea care, pe deplin informată, trebuie să ia o decizie în legătură cu sarcina.*

2.2.1. Cancerul mamar diagnosticat în timpul I Trimestru

În cazurile în care CGM este diagnosticat în I trimestru de sarcină, se recomandă ca medicul să indice avortul terapeutic. Acesta se recomandă deoarece există riscul afectării fătului cu tratamente propuse (citostatic și iradiant). După efectuarea avortului terapeutic, medicul trebuie să respecte aceleași principii terapeutice pentru tratamentul CGM ca la femeia neînsărcinată. Tratamentul CGM trebuie să adere la aceleași criterii și nu trebuie amânat din cauza sarcinii/întreruperii sarcinii. Nu se va administra tratament chimioterapic în trimestrul I de sarcină, dacă pacienta dorește păstrarea sarcinii. Administrarea chimioterapiei în I trimestru se asociază cu o incidență crescută de moarte fetală *in utero* și de malformații congenitale. Pacienta va fi informată despre riscurile materne și fetale asociate cu sarcina.

2.2.2. Cancerul mamar diagnosticat în timpul Trimestrului II și III de sarcină

Dacă CGM este diagnosticat în trimestrul II sau III de sarcină, se recomandă ca medicul să indice chimioterapie urmată de tratament chirurgical. Pentru cazurile de cancer mamar diagnosticate în timpul sarcinii, se recomandă mastectomia radicală. Mastectomia radicală are avantajul că în multe cazuri nu se indică radioterapia ulterioară, dăunătoare fătului. În cazurile când este indicată radioterapia, ea va fi amânată până după naștere. Riscul fetal consecutiv radioterapiei este important. Dacă pacienta dorește întreruperea sarcinii, fiind condiționată de

riscurile progresării maladiei și/sau patologiei fetale, întreruperea acesteia se va efectua conform indicațiilor medicale, în instituție specializată, cu inițierea ulterioară a tratamentului specific.

2.3. Sarcina după tratamentul cancerului mamar. Pacientele de vârstă reproductivă trebuie să folosească metode eficiente de contracepție atât în perioada administrării tratamentului specific antitumoral, cât și o perioadă de 2-3 ani după finalizarea acestuia. Înainte de inițierea tratamentului citostatic pacientele vor fi informate despre posibila influență negativă a medicamentelor respective atât asupra funcției ovariene, cât și asupra fertilității. Este recomandabil abținerea de la eventualele sarcini. Trebuie de menționat frecvențele cazuri de generalizare a maladiei oncologice pe fondul gravidității sau a alăptării. În cazuri contrare, se va recomanda o perioadă de așteptare de 3-5 ani de la terminarea terapiei specifice. E cunoscut faptul, că majoritatea recurențelor bolii apar în primii doi ani de la tratament. Pacienta va fi informată despre riscurile progresării maladiei și/sau dezvoltarea patologiei fetale înainte de termenii recomandați. În caz că pacienta dorește să rămână însărcinată se recomandă atât consultația mamologului, cât și a ginecologului-reproductolog.

C.2.5.2 TRATAMENTUL CANCERULUI MAMAR LA BĂRBAȚI

Caseta 25. Tratamentul cancerului mamar la bărbați

Tratamentul inițial este de obicei cel chirurgical: mastectomia radicală modificată cu disecție axilară reprezintă intervenția chirurgicală standard, urmată de radioterapie.

Chimioterapia și hormonoterapia adjuvantă vor fi recomandate în funcție de aceleași criterii ca la sexul feminin.

Tratamentul cancerului mamar metastatic masculin cuprinde următoarele modalități:

- Hormonoterapie: orhiectomia sau tratamentul cu analogi RH-LH cu sau fără asocierea unui antiandrogen, antiestrogeni, progestine, inhibitori de aromatază.
- Chimioterapia se va indica conform schemelor recomandate la femei.

C.2.5.3. REABILITAREA PACIENTELOR CU CGM

Caseta 26. Principii de reabilitare a pacienților cu CGM

Măsurile de reabilitare la pacienții cu CGM se încep odată cu tratamentul specific. În timpul tratamentului chirurgical se efectuează reabilitarea intraoperatorie: se efectuează, după indicații, endoprotezarea glandei mamare înlăturate.

În perioada preoperatorie precoce se începe gimnastica curativă pentru a restabili funcția membrului superior din partea operației. În timpul radioterapiei se efectuează măsuri de menținere a sistemului respirator: inhalatii, administrarea antibioticelor - în cazul apariției simptomelor de pneumonie postradiantă. Totodată se aplică unguente pe câmpurile radiate pentru protejarea și prevenirea epitelitei postradiante.

În perioada postoperatorie se efectuează măsuri pentru prevenirea limfostazei, pentru micșorarea sindromului algic (magnetoterapie, acupunctură, auricolopunctură), iar după 10-14 zile după operație se efectuează masaj special al brațului pentru păstrarea funcției articulației mâinii corespunzătoare.

Obiectivele principale ale reabilitării trebuie să includă prevenirea și tratamentul edemului brațului, asigurând mișcarea în volum deplin a acestuia. La apariția sindromului humero-scapular după tratamentul combinat sau complex al CGM, tratamentul de reabilitare se efectuează după fiecare 3 luni în primul an al tratamentului. În următorii ani necesitatea curelor de tratament recuperator va fi stabilit individual.

Paciențele trebuie să beneficieze de acces nelimitat la serviciile de reabilitare specializată pentru a diminua sechelele fizice, psihologice și sociale ale tratamentului cancerului glandei mamare.

C.2.5.4. SUPRAVEGHEREA PACIENTELOR CU CGM

Caseta 27.

Obiectivul supravegherii este de a identifica recidivele locale sau cancerul mamar controlateral, de a evalua și trata complicațiile induse de tratamentul specific administrat, de a motiva

pacientele să continue terapia hormonală, de a oferi suport psihologic și informativ pentru reluarea unei vieți normale. Riscul de recidive atinge un nivel maxim în al doilea an după diagnosticare și alcătuiește 2%–5%. Riscul de generalizare a procesului este mai mare la pacientele tinere, cu forme triplu negative ale procesului malign.

Pacientele cu CGM se vor afla la supravegherea medicului de familie, oncologului raional, medicului oncolog mamolog din instituțiile specializate.

Supravegherea pacientelor cu CGM

Regimul de supraveghere:

- ❖ primul și al doilea an – 1 dată în 3 luni;
- ❖ din al 3-lea an – 1 dată în 6 luni;
- ❖ după al 5-lea an – 1 dată în an - toată viața.

Volumul investigațiilor:

- anamneza
- examenul clinic (inspecția generală, palparea cicatricii p/o, a foselor axilare, a zonelor sub - și supraclaviculare, a g/l cervicali, a glandei mamare controlaterale);
- paraclinice (la indicații);
- USG glandelor mamare o dată în 6 luni (în primii 5 ani), apoi o dată în an.
- USG organelor abdominale și a bazinului (primii 5 ani – 1 dată în 6 luni, apoi – 1 dată în an)
- Radiografia cutiei toracice - 1 dată în an;
- Tomosinteza organelor cutiei toracice, a oaselor - la necesitate (în cazul diagnosticului incert de procese secundare (Mt în pulmoni, ficat, oase, etc.)
- Mamografia bilaterală după operațiile organomenajante și unilaterală în 2 proiecții este recomandată la fiecare 1 - 2 ani.
- Scintigrafia scheletului în regim „corp integru” - 1 dată în an;
- TC cu contrast a creierului – la suspecție de Mt.
- TC în regim angio TC plus 3 faze a ficatului - la necesitate (la epuizarea celorlalte metode de investigații instrumentale).
- TC a organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal – la necesitate (la epuizarea celorlalte metode de investigații instrumentale).
- TC sistemului osos fără contrast – la necesitate, în caz că nu sunt informații suficiente la scintigrafie.
- RMN glandelor mamare – la necesitate (pentru pacientele tinere, mai ales în cazul prezenței unui țesut mamar dens, a iradierii pe cutia toracică, a predispoziției genetice).
- RMN organelor interne pentru evaluarea răspândirii procesului - la necesitate, (în cazul epuizării posibilităților celorlalte metode instrumentale de diagnostic).
- Testele sangvine de rutină sunt, de obicei, indicate pentru urmărirea pacientelor tratate cu PCT și HT din cauza reacțiilor adverse potențiale ale acestor medicamente.
- Pacientelor tratate cu Tamoxifen se recomandă examenul ginecologic anual din cauza frecvenței crescute de hiperplazie a endomeriului pe fondalul tratamentului antiestrogenic.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D3. Instituțiile de Asistență medicală specializată ambulatori	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic mamolog-oncolog • medic chimioterapeut • medic radioterapeut • medic laborant. • medic funcționalist • medic imagist - ecografist • medic morfolog • medic citolog • asistente medicale
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograf • cabinet pentru USG inclusiv dotat cu Doppler pentru investigația glandei mamare • cabinet radiomagic, dotat cu mamograf • aparat pentru tomografie computerizată • laborator pentru determinarea analizei generale a sângelui + trombocitele, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteina, bilirubina, urea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sângelui, ionograma - K, Ca, Mg), a indicilor coagulogramei • • laborator citologic • • laborator morfopatologic • seringi de 10-20 ml pentru efectuarea puncției cu ac fin • sticle pentru pregătirea frotiurilor pentru investigații citologice
	<p>Medicamente și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcool etilic • Iodonat • Tifon și bumbac • Emplastru • Mănuși de cauciuc pentru personal
D4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească	<p>Departamente: secții specializate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamologie • Anesteziologie • Reanimare • Bloc chirurgical • Radioimagistica • Chimioterapie • Radioterapie <p>Laboratoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citologic • Morfopatologic • Clinico-biochimic • Funcțional • Bacteriologic
	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog (mamolog chirurg);

	<ul style="list-style-type: none"> • medic anesteziolog; • medic oncolog chimioterapeut, • medic oncolog radioterapeut, • medic reanimatolog, • asistente medicale, • medic laborant; • medic funcționalist; • medic radiomagist; • medic imagist - ecografist; • medic bacteriolog; • medic morfolog; • medic citolog.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograf; • aparat USG cu Doppler pentru investigația glandei mamare; • mamograf, • tomograf computerizat, • RMN. • trepan pentru trepan-biopsia glandei mamare; • aparate pentru radioterapie (Rocus, Teragam, accelerator liniar) • aparataj pentru determinarea analizei generale a sângelui + trombocitele, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteina, bilirubina, urea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sângelui, ionograma - K, Ca, Mg), a indicilor coagulogramei. • microscop binocular • criostat și alt aparataj pentru investigațiile morfopatologice • seringi de 10-20 ml pentru efectuarea puncției cu ac fin; • sticle pentru pregătirea frotiurilor pentru investigații citologice; • instrumente pentru pansamente (pense, foarfece etc.). • set de instrumente pentru intervenții chirurgicale • electrocauter (pentru blocul chirurgical) • aparataj pentru anestezie generală
	<p>Medicamente și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • remedii pentru chimioterapie și hormonoterapie • medicamente pentru asistența perioperatorie: <ul style="list-style-type: none"> anestezice generale și hipnotice medicamente pentru tratarea patologiei concomitente antibiotice și alte preparate antibacteriene analgetice și H1- antihistaminice (Sol. metamizolum 50%, Sol. defenhidraminum 1%, ketaprofenum etc.) • alcool etilic. • iodonat. • tifon și bumbac. • emplastru. • mănuși de cauciuc pentru personalul medical

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A implementa obligatoriu depistarea precoce și screening-ul CGM în baza Programului Național de control al cancerului pe anii 2016-2015.	1.1. Ponderea femeilor (18 ani și mai mult) supuse examinării clinice anuale a glandei mamare cu indicația rezultatelor în fișa ambulatoriu, pe parcursul unui an.(în %)	Numărul femeilor (18 ani și mai mult), supuse examinării clinice anuale glandei mamare cu indicația rezultatelor în fișa ambulatorie, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de femeie (18 ani și mai mult), care se află la evidența medicului de familie, pe parcursul ultimului an.
		1.2. Ponderea femeilor (18 ani și mai mult) cu risc genetic supuse examinării clinice a glandei mamare de două ori pe an cu indicația rezultatelor în fișa ambulatorie, pe parcursul unui an.(în %)	Numărul femeilor (18 ani și mai mult) cu risc genetic, supuse examinării clinice a glandei mamare de 2 ori pe an cu indicația rezultatelor în fișa ambulatorie, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de femei (18 ani și mai mult), cu risc genetic, care se află la evidența medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A implementa examinarea USG a glandelor mamare începând cu vârsta de 18 ani la toate femeile - anual.	2.1. Ponderea femeilor supuse USG anuale a glandei mamare pe parcursul unui an.(în %)	Numărul femeilor de 18 ani și mai mult, supuse examinării USG anuale a glandei mamare, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de femei, care se află la evidența medicului de familie, pe parcursul ultimului an.
3.	A implementa examinarea mamografică a GM la femeile după 35 de ani (la depistarea patologiei localizate în GM).	3.1. Ponderea femeilor supuse examinării mamografice a glandelor mamare la femeile după 35 de ani (la depistarea patologiei localizate a GM) .(în %)	Rata femeilor de 35 de ani și m.m. supuse examinării mamografice a GM în legătură cu patologia localizată în GM, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de femei de 35 de ani și m.m. care se află la evidența medicului de familie, pe parcursul ultimului an.
4.	A implementa screening-ul mamografic al glandelor mamare la femeile cu vârsta de 50-70 ani (cu interval de 2 ani).	4.1. Ponderea femeilor supuse examinării mamografice a glandelor mamare la femeile cu vârsta de 50-70 ani (cu interval de 2 ani) (în %)	Rata femeilor supuse examinării mamografice a glandelor mamare la femeile cu vârsta de 50-70 ani (cu interval de 2 ani) x 100	Numărul total de femei de 50-70 de ani de ani, care se află la evidența medicului de familie din localitatea unde se va petrece screening-ul pe

				parcursul ultimului an.
5.	A spori rata pacientelor cu stadii precoce ale CGM (T0- 2 N0M0)	4.1. Ponderea pacientelor cu stadii precoce ale CGM depistate conform recomandărilor PCN „Maladii benigne ale glandei mamare”, pe parcursul ultimului an..(în %)	Numărul pacientelor cu forme precoce ale CGM depistate conform recomandărilor PCN „Maladii benigne ale glandei mamare”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de paciente cu forme precoce ale CGM care se află la evidența medicului oncolog pe parcursul ultimului an.
6.	A micșora rata pacientelor cu st. III-IV prin îndeplinirea prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare”.	5.1. Ponderea pacientelor cu st. III-IV prin îndeplinirea prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare” pe parcursul unui an.(în %)	Numărul pacientelor cu st. III- IV prin îndeplinirea prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare” pe parcursul unui an x 100.	Numărul total pacientelor cu st. III- IV prin îndeplinirea prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare” pe parcursul unui an.
7.	A spori numărul pacientelor supuse tratamentului radical conform prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare”	Ponderea pacientelor supuse tratamentului radical conform prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare” pe parcursul ultimului an.(în %)	Numărul pacientelor supuse tratamentului radical conform prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare” pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total pacientelor supuse tratamentului radical conform prevederilor PCN „Cancerul glandei mamare” pe parcursul ultimului an x 100.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

F.1. Indicațiile (criteriile) de trimitere a pacientei cu cancer mamar

Transferul în alte secții (transferul intern și transferul extern) a pacientelor cu cancer al glandei mamare:

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientei cu cancer mamar	IMSP Institutul Oncologic Secția Anesteziologie și Terapie Intensivă	Nr.tel: 022 85 23 18 Intern: 317
În caz de necesitate a tratamentului chimioterapic conform standartelor (după consultația oncologului medical)	IMSP Institutul Oncologic Secția Oncologie Medicală 1 Secția Oncologie Medicală 2 Secția Oncologie Medicală 3	Nr. tel: 022 85 26 09 Nr. tel: 022 85 23 47 Nr. tel: 022 85 23 50 Nr. tel: 022 85 24 63
În caz de necesitate tratamentului radioterapic conform standartelor (după consultația radioterapeutului)	IMSP Institutul Oncologic Secția Radiologie Oncologică 1 Secția Radiologie Oncologică 2 Secția Radiologie Oncologică 3	Nr. tel: 022 85 23 28 Nr. tel: 022 85 23 37 Nr. tel: 022 85 23 39

Procedura generală de transfer a pacientei cu cancer mamar:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: agravarea stării, necesitatea tratamentului specific chimioterapic, radioterapic,
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia corespunzătoare.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vice directorul chirurgie oncologică despre cazul respectiv.
6. Vice directorul chirurgie oncologică invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componență: vice director chirurgie oncologică, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003e; pentru transfer extern – forma 027e), care va include obligatoriu: datele pașaportale, diagnosticul, starea pacientei, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.

F.2. Cerințele privind necesitatea investigațiilor de diagnostic a pacientei în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigații respective

Investigații petrecute pacientelor cu cancer mamar:

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
CT toracelui cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT abdomenului	Instituțiile contractate	Serviciu programare

CT abdomenului cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT pelvisului cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Rezonanța magnitonucleară (RMN) a abdomenului și/sau pelvisului	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Scanarea scheletului osos	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Eco cordului	Instituțiile contractate	Serviciu programare

CT toracelui cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT toracelui cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacienta se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT toracelui cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

CT abdomenului cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT abdomenului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacienta se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT abdomenului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

ECO cordului:

1. Necesitatea efectuării ECO cordului va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacienta se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea ECO cordului și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Scanarea scheletului osos:

1. Necesitatea efectuării scanării scheletului osos va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacienta se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea scanării scheletului osos și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de către medicul curant.

CT pelvisului cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT pelvisului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacienta se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT pelvisului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Rezonanța magnitonucleară (RMN) cu/fără angiografie a abdomenului și/sau pelvisului

1. Necesitatea efectuării RMN abdomenului și/sau pelvisului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacienta se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea RMN a abdomenului și/sau pelvisului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant

F.3. Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientei și/sau probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientei), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu date de pașaport a pacientei, diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027e).
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientei) materialul biologic va fi însoțit de forma standardă de îndreptare și transportat de către IMSP Institutul Oncologic.
3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau vice director pe profil chirurgical. Pacienta este însoțită de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.

F.4. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționată modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor

F.5. Ordinea instruirii pacientei cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală.

1. Pacienta este informată de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer intern sau extern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientei.

F.6. Ordinea instruirii pacientei cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidența ulterioară

1. Extrasul (forma 027/e și 027-1/e) obligatoriu va include recomandări pentru pacientă. De asemenea pacienta va beneficia de Ghidul pacientei cu cancer mamar (Anexa 1).

ANEXE

Anexa 1. GHIDUL PACIENTEI CU CANCER AL GLANDELOR MAMARE

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer al glandei mamare în Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor bolnave de cancer mamar, dar poate fi util și pentru familiile acestora, care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Informațiile pentru pacienta cu CGM sunt:

- metodele prin care se stabilește dacă persoana are cancer mamar
- prescrierea tratamentului pentru cancerul mamar
- modul în care trebuie să fie supravegheată o pacientă cu cancer mamar.

Asistența medicală de care trebuie să beneficieze pacienta cu cancer mamar

Tratamentul și asistența medicală de care trebuie să beneficieze pacienta trebuie să fie în volum deplin.

E important de știut: aveți dreptul să fiți informată și să luați decizii împreună cu medicul care vă tratează. În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informații pe care puteți să le asimilați și care să fie relevante pentru Dvs. Toți lucrătorii medicali trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce reprezintă maladia în cauză și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul glandei mamare este o tumoră malignă și întârzierea în tratament poate să vă complice situația, deoarece în acest timp tumora va crește. Diagnosticul de CGM nu este fatal. Rezultatele tratamentului depind de extinderea tumorii, însă foarte mult depind și de faptul cât de minuțios veți îndeplini indicațiile medicilor.

Tratamentul CGM, de regulă, este un tratament complex, care prevede mai multe metode tratament: medicamentos, radioterapic, chirurgical. De aceea, în elaborarea programului de tratament participă specialiștii corespunzători. Programul de tratament propus este elaborat în funcție de extinderea procesului tumoral și de particularitățile organismului dumneavoastră. Fiecare component al programului de tratament are o pondere anumită în tratamentul CGM.

Tratamentul medicamentos include chimioterapia și hormonoterapia. Fiecare din aceste remedii au funcția sa în lichidarea celulelor tumorale.

Preparatele chimioterapice distrug celulele canceroase. Acest tratament se efectuează cu introducerea a unui sau a mai multor preparate, care acționează la diverse etape de înmulțire a celulei canceroase. Toate remediile tratamentului medicamentos acționează nu numai în direcția distrugerii celulelor tumorale din glanda mamară, ci și a celulelor canceroase care, posibil, au migrat din tumoră în alte organe. Cu cât tumora în glanda mamară e mai mare, cu atât e mai mare posibilitatea migrării celulelor canceroase în ganglionii limfatici și alte organe. De aceea, în tumorile extinse, tratamentul se începe de la chimioterapie. Sunt și alte particularități ale tumorii, care fac necesară chimioterapia la prima etapă de tratament complex.

Tratamentul chirurgical e principala metodă de tratament, deoarece se înlătură tumora malignă și ganglionii limfatici regionali care pot fi afectați de cancer. Tipul intervenției chirurgicale depinde de extinderea tumorii, localizarea în glanda mamară și de alte particularități ale tumorii și organismului.

În CGM se efectuează 2 tipuri de intervenții chirurgicale: înlăturarea unei părți a glandei mamare cu ganglionii limfatici regionali - așa numita operație organomenajantă sau înlăturarea totală a glandei mamare cu ganglionii limfatici regionali - mastectomia. Medicul va lămuri care tip de operație vă este indicat și din ce cauză. Durata pregătirii preoperatorii depinde de particularitățile organismului. Trauma psihologică după înlăturarea glandei mamare se poate diminua prin endoprotezarea glandei mamare înlăturate, utilizând un implant chiar în timpul intervenției chirurgicale sau peste un timp oarecare.

În perioada postoperatorie medicul va indica când și ce volum de mișcări e necesar de efectuat cu brațul corespunzător pentru restabilirea funcției acestuia. În cazuri necesare se indică masaj al brațului, magnetoterapia și alte măsuri de recuperare.

Deseori tratamentul CGM nu se finisează cu intervenția chirurgicală, urmează cure de chimioterapie, hormonoterapie sau /și radioterapie. Numărul seriilor de PCT va fi determinat de particularitățile tumorii și a organismului.

Radioterapia, este un tratament local, care acționează asupra celulelor canceroase. Se aplică, de obicei, pe cicatricea postoperatorie și zonele ganglionare regionale.

Tratamentul medicamentos sau /și radioterapic după intervenția chirurgicală micșorează probabilitatea dezvoltării recidivelor în cicatrice și a metastazelor în alte organe. Chimioterapia poate aduce la efecte adverse (greturi, vomă, diaree, schimbări în analiza de sânge, căderea părului etc.). Medicul va indica remedii speciale pentru prevenirea efectelor adverse. În cazuri necesare medicul va întrerupe tratamentul sau va schimba remediile medicamentoase.

Chimioterapia și radioterapia se pot efectua în condiții de staționar sau ambulator. Medicul va indica aceasta în funcție de starea generală, de rezultatele analizelor, de particularitățile tumorii, etc.

Hormonoterapia se indică postoperator în decurs de 2-5 ani în condiții de domiciliu cu frecventarea periodică a medicului pentru a evalua starea d-stră. După externare se vor indica termenii următoarei vizite sau internări în spital (în caz de necesitate).

Pe parcursul tratamentului e necesar de respectat un regim special cu limitarea efortului fizic și psihic și o alimentație corectă. E necesar de evitat expunerea la razele solare, de exclus frecventarea băilor finlandeze (cu aburi și temperaturi înalte), de exclus întrebuințarea băuturilor alcoolice (pot mări manifestarea efectelor adverse).

Atât înainte de a iniția tratamentul, pe parcursul acestuia, cât după finisarea lui, pot apărea diverse întrebări și momente necunoscute de dumneavoastră pe care ați dori să le precizați:

- când e necesar de început tratamentul?
- puteți oare amâna pe un timp tratamentul și care vor fi consecințele?
- care e programul de tratament: ce metode include și în ce ordine se vor aplica acestea?
- care pot fi efectele adverse în timpul și după tratament, prin ce metode se pot diminua?
- în ce termeni se vor manifesta efectele pozitive ale tratamentului?
- cât timp va dura tratamentul?
- ce trebuie de schimbat în modul de viață în timpul tratamentului și după finisarea acestuia?
- de ce trebuie să renunțăm la folosirea băuturilor alcoolice și la fumat ?
- va afecta tratamentul viața sexuală?
- care poate fi regimul de viață după tratament?
- vă puteți întoarce la locul dumneavoastră de lucru după finisarea tratamentului?
- care va fi regimul de monitorizare a dumneavoastră după tratament?
- unde vor fi efectuate investigațiile de control?
- Puteți discuta cu medicul orice altă problemă apărută în cadrul tratamentului.

**FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU
PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL „CANCERUL GLANDEI MAMARE”**

	Domeniul Prompt	Definiții, Note
1	Denumirea instituției evaluate prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, Prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei medicale	
4	Data de naștere a pacientei	DD – LL – AAAA sau Necunoscută =9
5	Mediul de reședință	0 – urban, 1 – rural, 9 – nu se știe
6	Sexul	Masculin – 1, feminin - 2
7	Numele medicului curant	
INTERNAREA		
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP - 1; AMU - 2; secția consultativă - 3; instituție medicală privată - 4; staționar - 6; secția internare - 7; alte instituții - 8; necunoscut - 9
9	Numarul internărilor	primară - 3; secundară - 4; mai mult de două ori - 6 ;
10	Data și ora internării în spital	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut - 9
11	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut -9
12	Transferul in alte secții	nu -0; da -1; nu a fost necesar -5; necunoscut - 9 terapie intensivă - 2; alte secții - 3
13	Respectarea criteriilor de internare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
DIAGNOSTICUL		
14	Stadiul CGM la internare	St.0 - 2; St.I - 3; St.II - 4; St. - III; St. IV - 6; necunoscut - 9
15	Efectuarea metodelor de verificare morfologică a CGM	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
16	Efectuarea metodelor pentru determinarea extinderii CBP	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
17	Efectuarea metodelor de determinare a particularităților organismului	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
18	Cosultațiile de alți specialiști	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
19	Investigații indicate de către alți specialiști	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTELOR		
20	Modul prin care s-a stabilit diagnoza	adresare directă - 2; screening - 3; centrul consultativ-4; oncologul raional - 4; necunoscut - 9
21	Efectuarea profilaxie primare și secundare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
22	Etapa stabilirii diagnosticului	precoce - 2; tardiv - 3; necunoscut - 9
23	Face parte pacienta din grupul de risc	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
24	Managementul starilor de urgență	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
25	Maladii concomitente înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
TRATAMENTUL		
26	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP - 2; secția consultativă - 3; staționar - 4; instituție medicală privată - 6; alte instituții -7; necunoscut - 9
27	Tratamentul etiopatogenetic	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 chirurgical - 2; chimioterapie - 3; radioterapie - 4
28	Tratamentul simptomatic	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
29	Complicații înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9

30	Efecte adverse înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
31	Respectarea criteriilor de monitorizare clinică	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
32	Rezultatele tratamentului	vindecare - 2; stabilizare - 3; progresare - 4; complicații - 6; necunoscut - 9
33	Efectuarea măsurilor de reabilitare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
34	Respectarea criteriilor de externare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; recomandări - 2; consilierea pacientei/lui - 3; consilierea rudelor - 4
35	Supravegherea pacientei/lui	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; medical AMP- 2; oncologul raional - 3; institutul oncologic - 4
36	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9
		data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9

Anexa 3

CLASIFICAREA PUTERII APLICATIVE A GRADELOR DE RECOMANDARE

Nivelul de dovadă științifică și gradul de recomandare

<i>Nivelul de dovadă</i>	<i>Caracterizarea dovezilor</i>
I	Dovezi din cel puțin un studiu de control randomizat, de bună calitate, de calitate metodologică (potențial scăzut de bias) sau meta-analiză a studiilor randomizate bine dirijate, fără eterogenitate
II	Trialuri randomizate mici sau studii mari randomizate cu suspiciune de prejudecată (calitate metodologică inferioară) sau meta-analiză a unor astfel de studii sau a studiilor cu eterogenitate demonstrată
III	Studii de cohorta prospective
IV	Studii de cohortă retrospectivă sau studii de caz-control
V	Studii fără grup de control, rapoarte de caz, avize ale experților

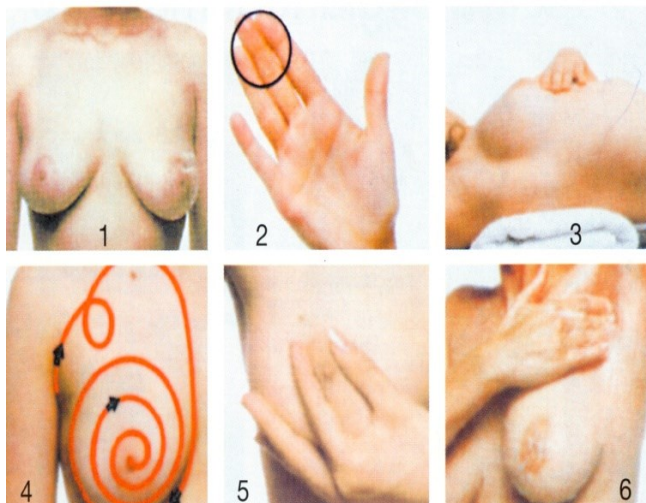
Trimiterile din text au fost evaluate în funcție de nivelul lor de dovadă științifică.

Gradul de recomandare nu are întotdeauna o legătură directă lineară cu nivelul de evidență științifică datorită diferențelor metodologice sau a unor limitări de ordin științific. Astfel, o dovadă științifică mare, nu întotdeauna poate fi transpusă direct în activitatea practică, iar absența unui nivel înalt de dovadă nu se opune *gradului A* de recomandare, în cazul când există o experiență clinică mare și un consens al experților, fapt care trebuie menționat în text.

<i>Grad de recomandare</i>	<i>Caracteristica recomandării</i>
A	Dovadă puternică de eficacitate cu un beneficiu clinic substanțial, recomandată cu tărie
B	Dovezi puternice sau moderate pentru eficacitate, dar cu un beneficiu clinic limitat, în general recomandate
C	Dovezile insuficiente pentru eficacitate sau beneficii nu depășesc riscul sau dezavantajele (evenimente adverse, costuri, etc.), opțional
D	Dovezi moderate împotriva eficacității sau pentru rezultate negative, în general, nu sunt recomandate
E	Dovezi puternice împotriva eficacității sau pentru rezultate adverse, nu au fost niciodată recomandate

TEHNICA AUTOCONTROLULUI GLANDELOR MAMARE

CUM SE EFECTUEAZĂ AUTOCONTROLUL



1. Studiați în fața oglinzii forma glandelor mamare – conturul trebuie să aibă formă sferică; mameloanele trebuie să fie situate la același nivel (des. 1).

Repetăți acest studiu cu mâinile ridicate.

2. Palpați-vă glanda mamară cu buricele degetelor mâinii opuse (des. 2)– direcționați mișcările conform des. 4.

3. Culcați-vă, puneți un șervet sub omoplat și repetați palparea glandei mamare după aceeași schemă (des. 3).

4. Sfârșitul procedurii – verificați prezența eliminărilor patologice din mamelon. Mamelonul se presează puțin (des. 5).

5. Controlul ganglionilor limfatici axilari și a glandei mamare poate fi repetat în timpul dușului (des. 6).

Autocontrolul (autoexaminarea) presupune autocontrolul sânilor de către fiecare femeie la orice vârstă și include inspecția și palparea sânilor.

Inspectia se face privind ambii sâni într-o oglinda mare din față și din profil. Se atrage atenția la simetria sânilor, (trebuie de menționat, că în mod normal la 50- 60% dintre femei persistă asimetria sânilor). Se examinează în vederea posibilelor modificări ale pielii (ingroșarea, hiperemia, unbilicarea, etc.) sau a mameloanelor (retracția, edemul, eroziuni, eliminări, etc.).

Palparea se face în poziția verticală și orizontală, palpând, pe rând, fiecare sector al glandelor mamare pe întreaga ei suprafață. Mișcările se fac în formă de spirală în direcția „acelor de ceasornic”, care includ obligatoriu și zonele axilare. Important este ca femeia să fie familiarizată cu aspectul și consistența sânilor săi.

Autoexaminarea sânilor se face lunar, a 5-7 zi după menstruație, când sânii nu mai sunt dureroși și tumefiați, astfel încât să nu creeze disconfort. Atunci când femeia nu mai are menstruație (în menopauză), este preferabil de ales o zi din lună (ex: ziua de naștere), care să fie ușor de ținut minte. Modalitatea de efectuare a autoexaminării este bine să fie demonstrată și explicată de medicul de familie sau de un medic ginecolog cu ocazia primului consult. Femeile trebuie instruite și informate în această tehnică. Mai multe studii sugerează că femeile care își autoexaminează atent și regulat sânii pot depista tumori de dimensiuni chiar până la 1 cm. Problema majoră a autoexaminării ca metodă de depistare precoce este aceea, că autoexaminarea este practică corect foarte rar. Instruirea în vederea autoexaminării trebuie să prevadă aceste obstacole și să familiarizeze femeia de la început cu anatomia și structura normală a glandelor mamare. Se vor identifica reperele anatomice (marginile coastelor, aria glandulară, plica submamară și vârful axilei). Se va insista asupra tehnicii corecte și a timpului suficient alocat acestei examenări.

Important!!! Se recomandă insistent să fie consultat medicul de familie în cazul depistării oricărei suspiecții la patologie în glandele mamare.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson WF, Jatoi I, Tse J, Rosenberg PS. Male breast cancer: a population-based comparison with female breast cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28: 232-239.
2. Baselga, J., Im, S.-A., Iwata, H., Cortés, J., De Laurentiis, M., Jiang, Z. et al. Buparlisib plus fulvestrant versus placebo plus fulvestrant in postmenopausal, hormone receptor-positive, HER2-negative, advanced breast cancer (BELLE-2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase trial. *Lancet Oncol.* 2017; 18: 904–916
3. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med.* 2015;353: 1784-1792.
4. Bradshaw, S.H., Pidutti, D., Gravel, D.H., Song, X., Marginean, E.C., and Robertson, S.J. Predicting OncoDx recurrence scores with immunohistochemical markers. *Appl Immunohistochem Mol Morphol: AIMM.* 2013; 21: 490–49
5. Breast Surgeons (ASBrS) MasterySM database following the SSO-ASTRO “No Ink on Tumor” guidelines. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(1):52–8. doi: 10.1245/s10434-016-5516-5.
6. Brinton LA, Cook MB, McCormack V, et al. Anthropometric and hormonal risk factors for male breast cancer: male breast cancer pooling project results. *J Natl Cancer Inst.* 2014;106: djt465.
7. Cameron D, et al. 11 years' follow-up of trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive early breast cancer: final analysis of the HERceptin Adjuvant (HERA) trial. *Lancet.* 2017;389(10075):1195–1205. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32616-2.
8. Cardoso, F., Costa, A., Senkus, E., Aapro, M., André, F., Barrios, C.H. et al. 3rd ESO–ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 3). *Ann Oncol.* 2017; 28: 16–33
9. Cheang MC, Martin M, Nielsen TO, et al. Defining breast cancer intrinsic subtypes by quantitative receptor expression. *Oncologist.* 2015;20: 474-482.
10. De la Cruz, et al. Overall survival, disease-free survival, local recurrence, and nipple-areolar recurrence in the setting of nipple-sparing mastectomy: a meta-analysis and systematic review. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(10):3241–9. doi: 10.1245/s10434-015-4739-1.
11. Di Leo, A., Seok Lee, K., Ciruelos, E., Lønning, P., Janni, W., O’Regan, R. et al. BELLE-3: a phase III study of buparlisib + fulvestrant in postmenopausal women with HR+, HER2–, aromatase inhibitor-treated, locally advanced or metastatic breast cancer, who progressed on or after mTOR inhibitor-based treatment. (abstract S4–07) *Clin Cancer Res.* 2017; 77
12. Dieci MV, Orvieto E, Dominici M, Conte P, Guarneri V. Rare breast cancer subtypes: histological, molecular, and clinical peculiarities. *Oncologist.* 2014;19: 805-813.
13. Drukker, C.A., Bueno-de-Mesquita, J.M., Retel, V.P., van Harten, W.H., van Tinteren, H., Wesseling, J. et al. A prospective evaluation of a breast cancer prognosis signature in the observational RASTER study. *Int J Cancer.* 2013; 133: 929–936
14. Ellis, M.J., Llombart-Cussac, A., Feltl, D., Dewar, J.A., Jasiówka, M., et al. *Fulvestrant 500 mg versus Anastrozole 1 mg for the first-line treatment of advanced breast cancer: overall survival analysis from the phase II first study.* *J Clin Oncol.* 2015; 33: 3781–3787
15. Feliciano Y. Do calcifications seen on mammography after neoadjuvant chemotherapy for breast cancer always need to be excised. *Ann Surg Oncol.* 2017.
16. Finn, R.S., Crown, J., Lang, I., Boer, K., Bondarenko, I., Kulyk, S.O. et al. Overall survival results from the randomized phase II study of palbociclib (P) in combination with letrozole (L) vs letrozole alone for frontline treatment of ER+/HER2- advanced breast cancer (PALOMA-1; TRIO-18). (abstract 1001) *J Clin Oncol.* 2017; 35
17. Finn, R.S., Martin, M., Rugo, H.S., Jones, S., Im, S.-A., Gelmon, K. et al. Palbociclib and Letrozole in advanced breast cancer. *N Engl J Med.* 2016; 375: 1925–1936
18. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, et al. Breast Cancer – Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017;67: 290-303.
19. Gnant M, et al. Adjuvant denosumab in breast cancer (ABC SG-18): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2015;386(9992):433–43. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60995-3.
20. Hadji P, et al. Adjuvant bisphosphonates in early breast cancer: consensus guidance for clinical practice from a European Panel. *Ann Oncol.* 2016;27(3):379–90. doi: 10.1093/annonc/mdv617.

21. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014. https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, based on November 2016 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2017. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2017.
22. Kornblum, N.S., Manola, J., Klein, P., Ramaswamy, B., Brufsky, A., Stella, P.J. et al. PrECOG 0102: a randomized, double-blind, phase II trial of fulvestrant plus everolimus or placebo in postmenopausal women with hormone receptor (HR)-positive, HER2-negative metastatic breast cancer (MBC) resistant to aromatase inhibitor (AI) therapy. (abstract S1-02) Clin Cancer Res. 2017;
23. Krop, I.E., Mayer, I.A., Ganju, V., Dickler, M., Johnston, S., Morales, S. et al. Pictilisib for oestrogen receptor-positive, aromatase inhibitor-resistant, advanced or metastatic breast cancer (FERGI): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. Lancet Oncol. 2016; 17: 811–821)
24. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. JAMA. 2017;317: 2402-2416.
25. Leonardi MC, et al. From technological advances to biological understanding: The main steps toward high-precision RT in breast cancer. Breast. 2016. pp. 213–22.
26. Lyman GH, et al. Sentinel lymph node biopsy for patients with early-stage breast cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline update summary. J Clin Oncol. 2016;33(3):196–8.
27. Manning, et al. Nipple-sparing mastectomy in patients with BRCA1/2 mutations and variants of uncertain significance. Br J Surg. 2015;102(11):1354–9
28. Mavroudis, et al. Six versus 12 months of adjuvant trastuzumab in combination with dose-dense chemotherapy for women with HER2-positive breast cancer: a multicenter randomized study by the Hellenic Oncology Research Group (HORG) Ann Oncol. 2015;26(7):1333–40.
29. Morrow M, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology-American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in ductal carcinoma in situ. Pract Radiat Oncol. 2016;6(5):287–95.
30. Newman LA, Kaljee LM. Health Disparities and Triple-Negative Breast Cancer in African American Women: A Review. JAMA Surg. 2017.
31. Radosa, et al. Evaluation of local and distant recurrence patterns in patients with triple-negative breast cancer according to age. Ann Surg Oncol. 2017;24(3):698–704.
32. Ravdin PM, Cronin KA, Howlader N, et al. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018 ;356: 1670-1674.
33. Recht A, et al. Postmastectomy radiotherapy: An American Society of Clinical Oncology, American Society for Radiation Oncology, and Society of Surgical Oncology focused guideline update. Pract Radiat Oncol. 2016;6(6):e219–34. doi: 10.1016/j.prro.2016.08.009.
34. Risk Factors in Postmenopausal Breast Cancer. Am J Epidemiol. 2016;184: 884-893.
35. Roberts MC, Wheeler SB, Reeder-Hayes K. Racial/Ethnic and socioeconomic disparities in endocrine therapy adherence in breast cancer: a systematic review. Amer J Public Health. 2015;105 Suppl 3:e4-e15.
36. Rugo, H.S., Rumble, R.B., Macrae, E., Barton, D.L., Connolly, H.K., Dickler, M.N. et al. Endocrine therapy for hormone receptor-positive metastatic breast cancer: American society of clinical oncology guideline. J Clin Oncol. 2016; 34: 3069–3103
37. Stein RC, Dunn JA, Bartlett JM, Campbell AF, Marshall A, Hall P, et al. OPTIMA prelim: a randomised feasibility study of personalised care in the treatment of women with early breast cancer. Health Technol Assess (Winchester, England). 2016;20:xxiii-xxix, 1–201
38. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database: Incidence – SEER 13 Regs Research Data with Delay-Adjustment, Malignant Only, Nov 2016; 1969-2015 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, released April 2017, based on the November 2016 submission.
39. Tamimi RM, Colditz GA, Hazra A, et al. Traditional breast cancer risk factors in relation to molecular subtypes of breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2012;131: 159-167.
40. Toesca, et al. Robotic nipple-sparing mastectomy for the treatment of breast cancer: feasibility and safety study. Breast. 2017; 31:51–6. doi: 10.1016/j.breast.2016.10.009

41. Tung N, Lin NU, Kidd J, et al. Frequency of Germline Mutations in 25 Cancer Susceptibility Genes in a Sequential Series of Patients With Breast Cancer. *J Clin Oncol.* 2016;34: 1460-1468.
 42. Turner, N.C., Neven, P., Loibl, S., and Andre, F. *Advances in the treatment of advanced oestrogen-receptor-positive breast cancer.* *Lancet.* 2017; 389: 2403–2414
- US incidence of breast cancer subtypes defined by joint hormone receptor and HER2 status.* *J Natl Cancer Inst.* 2014.