

CANCERUL DE SÂN

Traseul pacientului cu cancer de sân

CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION
2021

METODOLOGIE

Traseul pacientei cu cancer de sân

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer de sân pentru codul diagnostic C50 externat în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer de sân pentru codul diagnostic C50 externat în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu cancer de sân
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu cancer de sân

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu cancer de sân nu a răspuns solicitării. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu cancer de sân în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu cancer de sân conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu cancer de sân, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

TRASEUL PACIENTEI CU CANCER DE SÂN ÎN ROMÂNIA

Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului oncologic pentru nicio patologie specifică, astfel încât există prezumția că din cauza variabilității accesului și a distribuției resurselor materiale și umane necesare diagnosticării, tratării și monitorizării pacienților cu cancer de sân, impactul negativ în supraviețuire și calitatea vieții acestor pacienți este important.

Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacienții cu cancer de sân sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul pacientului*)

- Timpii de așteptare ridicați (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalelor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație/reinserție socială*).

Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacientei cu cancer de sân a fost realizarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai frecvente cazuri de cancer de sân spitalizate în anul 2019.

Stadializarea pacientelor din eșantionul selectat a fost următoarea:

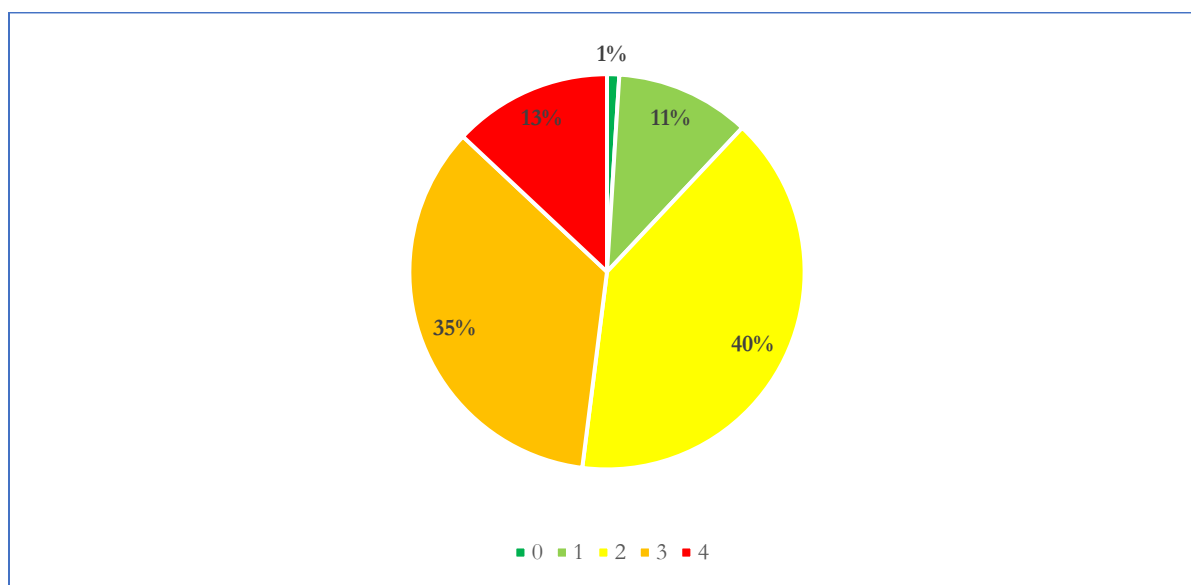
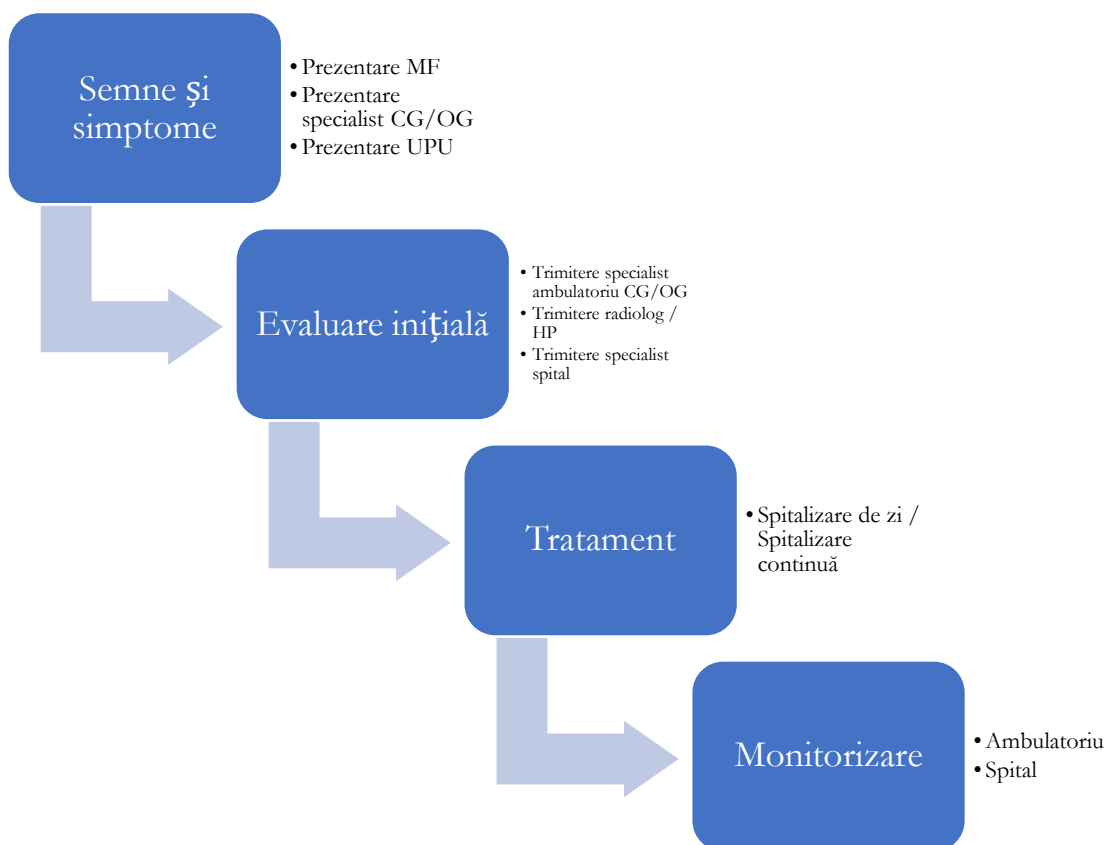


Fig. 24. Distribuția cancerului de sân pe stadii (*eșantion 2019*)

Marea majoritate a cancerelor de sân din eșantionul selectat se găsesc în stadiile 2 și 3 (75%), procente aproximativ egale se găsesc în stadiile 1 și 4, și un număr extrem de cazuri se găsesc în stadiul 0. Această “imagine” corespunde într-o mare măsură datelor referitoare la stadializarea cancerului de sân din Registrul Regional de Cancer Nord Vest. Durata medie de observare a fost de 3.7 ani, iar durata mediană 2.1 ani. Cea mai veche pacientă din eșantion are 28.1 de ani de la diagnostic iar cea mai recentă pacientă are aproximativ 1.5 luni de la diagnostic.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul ideal al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nudescrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și /sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respectivă.

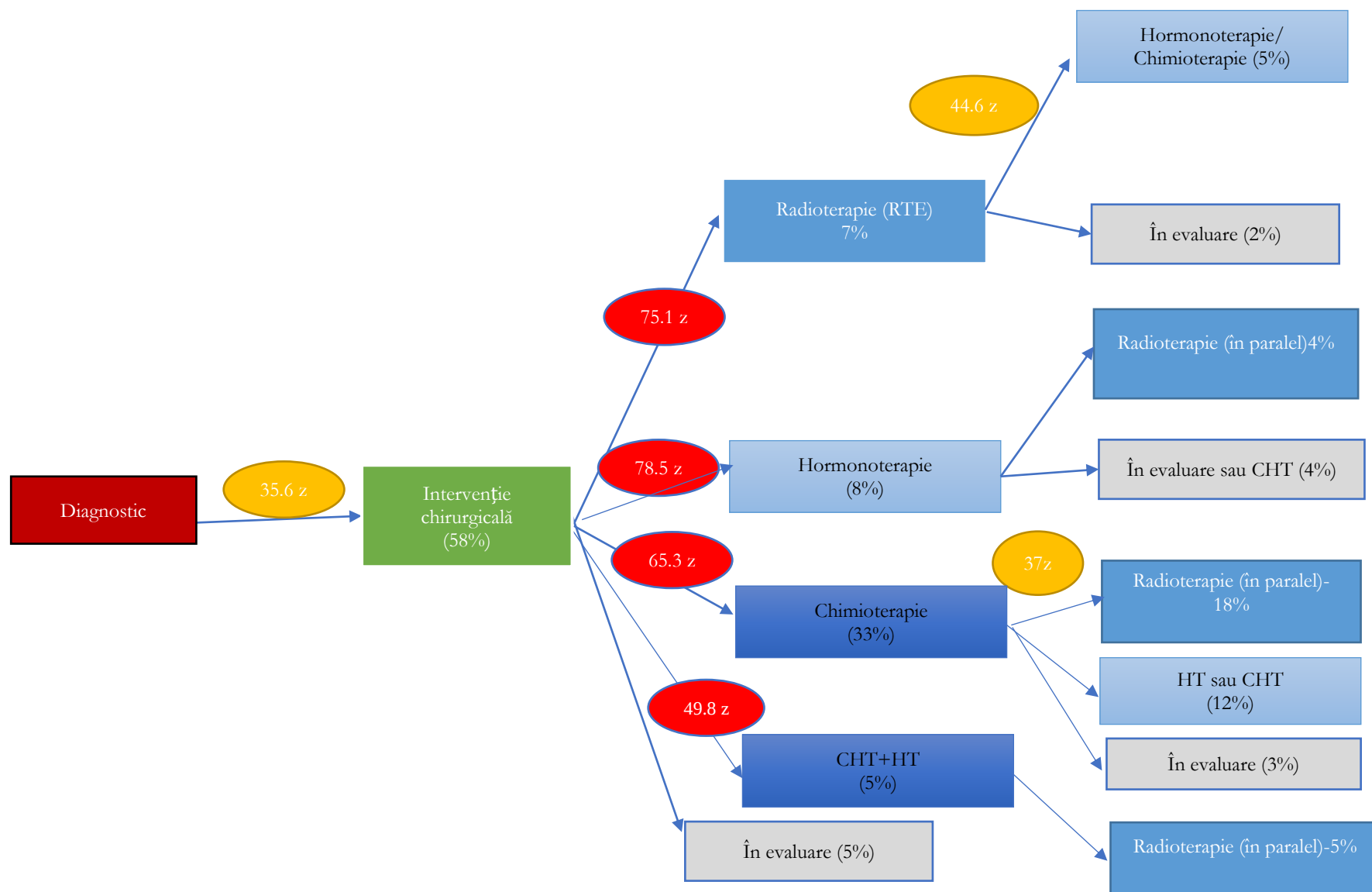


Fig. 25 Traseul pacienților cu cancer de sân pentru ramura diagnostic - intervenție chirurgicală

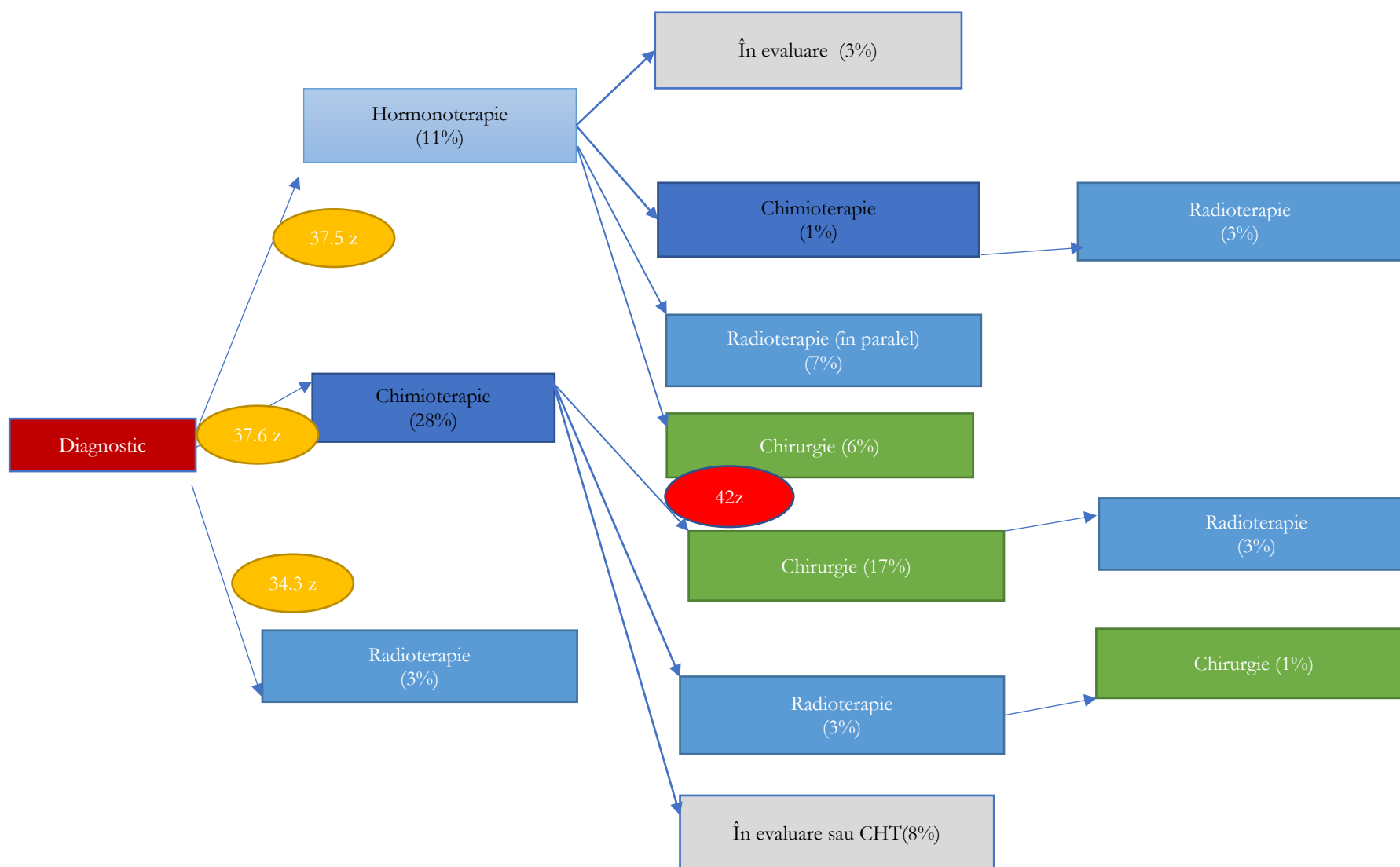
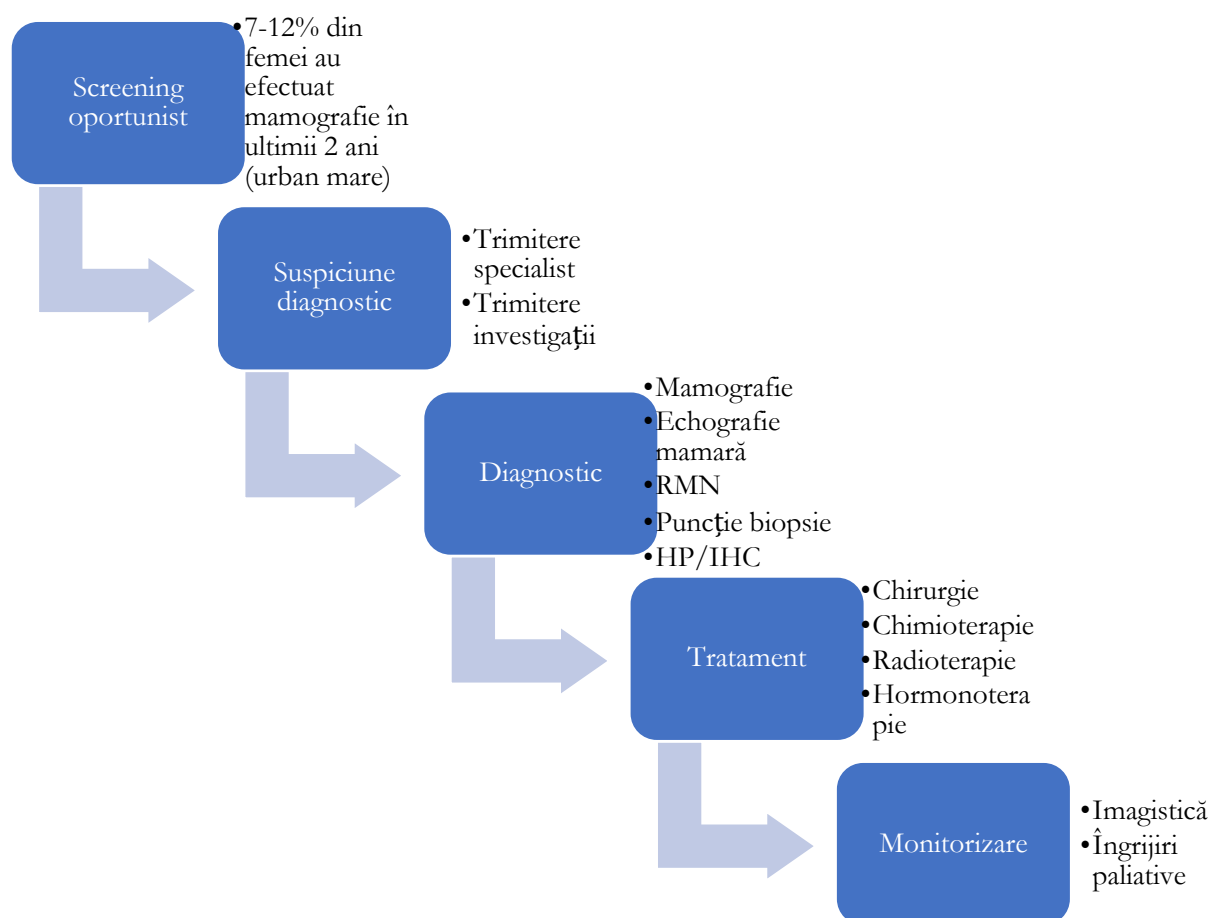


Fig. 26 Traseul pacientelor cu cancer de sân pentru ramura diagnostic – HT/CHT/RTE

În România traseul persoanei cu suspiciune de cancer de sân / traseul persoanei cu cancer de sân are

următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

❖ Prevenție

În prezent în România nu există un set de activități preventive pentru cancerul de sân care să fie coordonat de la nivel național și care să aibă obiective și ținte clar stabilite;

Anual există campanii de conștientizare a cancerului de sân și de disponibilitatea intervențiilor de screening, dar acestea sunt efectuate necoordonat, în cea mai mare parte de organizații non-guvernamentale care au ca și obiect de activitate sănătatea femeii;

❖ **Screening / Simptomatologie**

În prezent, în România se inițiază un program de screening populațional organizat pentru cancer de sân, în regiunile Nord Est, Nord Vest, Sud Est și Vest, pentru un număr de 80.000 femei cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani;

În paralel, furnizorii de servicii de mamografie pot oferi în cadrul pachetului de servicii medicale ambulatorii procedura de screening pentru cancerul de sân pentru același grup populațional, dar adresabilitatea la acest tip de procedură este foarte redusă.

Medicul de familie poate elibera bilet de trimitere pentru examinare senologică femeilor asigurate eligibile pentru screening sau celor care au simptomatologie specifică sânelui;

Procentul femeilor care nu au o simptomatologie specifică sânelui și merg din proprie inițiativă sau la recomandarea unui medic la o examinare senologică (mamografie / ecografie mamară sau în cazuri mai rare RMN mamar) este destul de mic în România, până în prezent, mai puțin de 12% din femeile adulte cu vârsta de 20-74 de ani, preponderent din mediul urban, declarând că au efectuat o examinare mamografică în ultimii trei ani, așa cum se arată în anchetele stării de sănătate efectuate de către Institutul Național de Statistică. Proportia acestora este variabilă pe regiuni de dezvoltare fiind în relație directă cu urbanizarea, infrastructura medicală disponibilă și nivelul de educație al femeilor intervievate;

Disponibilitatea echipamentelor pentru screeningul cancerului de sân este variabilă la nivel național, dar în ultima perioadă s-a observat o creștere a numărului de mamografe digitale achiziționate. Chiar și așa numărul acestora este insuficient raportat la populația de femei eligibile pentru screening în România (135 în 2012 – 150 în 2016);

Disponibilitatea personalului pentru screeningul cancerului de sân este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de screening este deficitară la nivel regional și național;

În prezent nu există un registru de screening, iar după examinare, de cele mai multe ori, femeile fie nu sunt îndrumate corespunzător, fie sunt îndrumate pentru efectuarea unor servicii medicale complementare inutile, sau furnizării unei a doua opinii, acest lucru întâmplându-se deoarece nu există rețele medicale specifice pentru patologia sânelui iar

serviciile oferite sunt punctuale și fragmentate, cu foarte mici excepții (Institutele Regionale de Oncologie);

Timpii de așteptare pentru procedura de screening oportunist sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva luni.

❖ **Diagnostic**

Procedura diagnostică pentru cancerul de sân presupune interpretare mamografică / ecografică și biopsie a formațiunii tumorale suspecte. Această procedură se poate efectua complet doar în câteva centre universitare medicale fapt ce presupune deplasarea pacientei pentru diagnostic la distanțe importante față de domiciliul acesteia. Nu sunt singulare cazurile în care femeia a fost examinată imagistic într-o unitate publică sau privată și trebuie să efectueze biopsia într-o altă unitate sanitară, de cele mai multe ori într-o altă localitate decât cea de domiciliu;

Disponibilitatea personalului specializat pentru diagnosticul cancerului de sân este foarte redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de diagnostic este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice și imunohistochimice, inclusiv a markerilor hormonal și moleculari în unitățile publice, fapt pentru care pacienta, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare ale piesei de biopsie la un centru privat de diagnostic histopatologic pentru care plata se efectuează din veniturile pacientei;

O altă problemă o reprezintă lipsa evaluării riscului și a testării genetice a femeilor la risc înalt;

Testările moleculare sunt finanțate prin vouchere de către companiile farmaceutice, iar accesul la aceste tipuri de teste nu este standardizat;

La momentul stabilirii diagnosticului pacienta este eligibilă să intre în Programul Național de Oncologie, iar în cazul în care nu este asigurată, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurată pe perioada bolii. De asemenea, în acest moment, datele pacientei trebuie introduse în Registrul Populațional de Cancer și un tumor board trebuie să stabilească

opțiunile cele mai adecvate de tratament, fapt care în practică nu este disponibil decât punctual, în câteva centre la nivel național;

Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacientelor din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a duratei programărilor pentru investigații suplimentare (puncție) și a prelucrării probelor histopatologice.

❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie până la prima intervenție terapeutică (*chirurgie, chimioterapie/hormonoterapie / radioterapie*) depășește 35 de zile, iar secvența ulterioară de tratament după intervenția chirurgicală are un timp de așteptare extrem de ridicat (*în medie peste 66 zile*) indiferent de tipul intervenției (*radioterapie, chimioterapie, hormonoterapie*).

Având în vedere faptul că marea majoritate a pacientelor cu cancer de sân sunt descoperite în stadii medii și avansate de boală, de multe ori prima opțiune de tratament este tratamentul chimioterapic oferit într-o clinică de oncologie medicală; pacientele au opțiunea efectuării acestui tratament într-o unitate publică sau privată care poate fi disponibil în localitatea de domiciliu sau la distanță față de aceasta;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de tratament chimioterapic / hormonal este deficitară la nivel regional și național;

Accesul la medicamente specifice este, de asemenea, variabil, pe de o parte din cauza sincopelor în aprovizionarea cu medicamente esențiale pentru tratament, iar pe de altă parte datorită accesului selectiv la medicamente inovative pentru stadiile avansate pentru care și finanțarea poate fi problematică;

Timpii de așteptare pentru chimioterapie sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni (*în medie între 35 – 65 zile în funcție de momentul intervenției terapeutice*);

Opțiunile chirurgicale nu sunt la fel de extinse la nivel național; în afara Institutelor Regionale de Oncologie, chirurgia cancerului de sân se efectuează într-o varietate de clinici chirurgicale, ginecologice sau chiar de chirurgie plastică dar nu se cunoaște cu exactitate câte din aceste operații sunt efectuate ca și intervenții chirurgicale oncologice. Prezentarea

unui număr relativ important de femei la medicul oncolog cu intervenții chirurgicale ale sânului care nu sunt efectuate oncologic (marginii de rezecție care nu sunt libere de ex.) este relativ frecventă;

Disponibilitatea personalului pentru chirurgia oncologică a sânului este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii chirurgicale este deficitară la nivel regional și național;

Timpii de așteptare pentru procedura chirurgicală sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni (*în medie 35 zile*);

Accesul la servicii de radioterapie, chiar dacă a crescut semnificativ în anumite centre universitare mari, este încă o problemă semnificativă pentru o parte importantă dintre pacienții care au nevoie de această procedură de tratament;

Disponibilitatea personalului pentru radioterapie, în special a personalului tehnic (fizicieni medicali), este foarte redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de radioterapie este deficitară la nivel regional și național;

Timpii de așteptare pentru radioterapie sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni (*în medie, între 35 – 75 zile în funcție de momentul intervenției terapeutice*).

❖ Monitorizare / Îngrijiri paliative

Monitorizarea pacienților cu cancer de sân este variabilă la nivel național și se efectuează la intervale diferite și cu proceduri diferite în diferite centre oncologice din țară;

Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Disponibilitatea investigațiilor de monitorizare imagistice este variabilă iar calitatea acestora în special pentru monitorizarea pacienților în stadiu metastatic lasă de dorit în lipsa implementării unor criterii standardizate de interpretare imagistică;

Serviciile de paliativitate sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadiu terminal este nesatisfăcătoare deoarece nu

sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

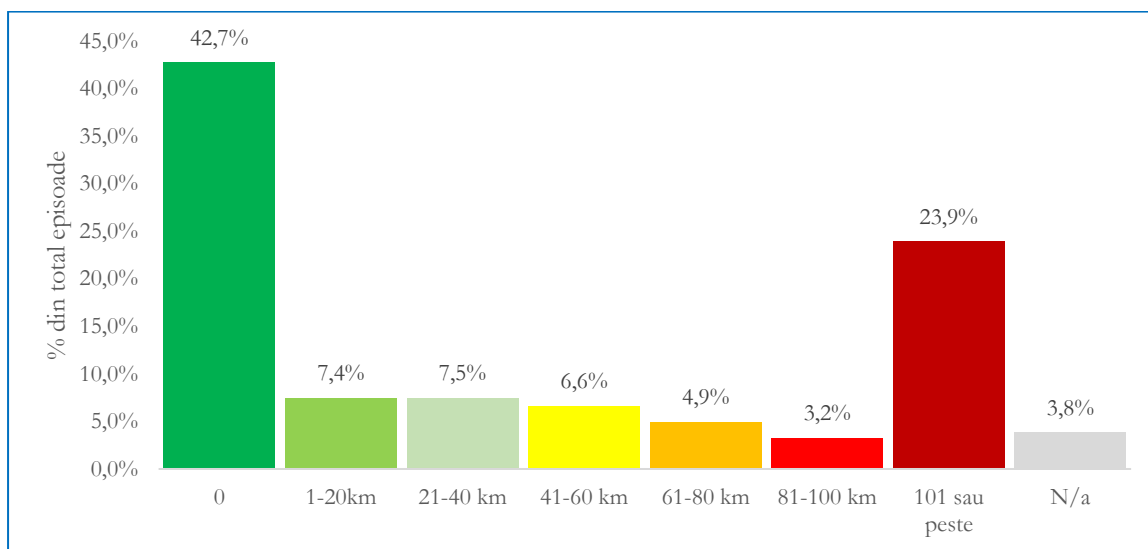


Fig. 27 Distribuția episoadelor de spitalizare în funcție de distanța parcursă pentru a diagnostica / trata un caz de cancer de sân

În anul 2019 distanța medie parcursă a fost de 63 de km, iar distanța mediană a fost de 15.5 km. Aproape un sfert din distanțe parcurse de pacientele cu cancer de sân sunt de peste 100 km. Această pondere este cel mai probabil reprezentată de cazurile care vin din diverse localități pentru a fi diagnosticate și tratate în centrele universitare medicale.

TRASEUL OPTIM AL POPULAȚIEI FEMININE ELIGIBILE PENTRU SCREENING ȘI AL PACIENTEI CU CANCER DE SÂN

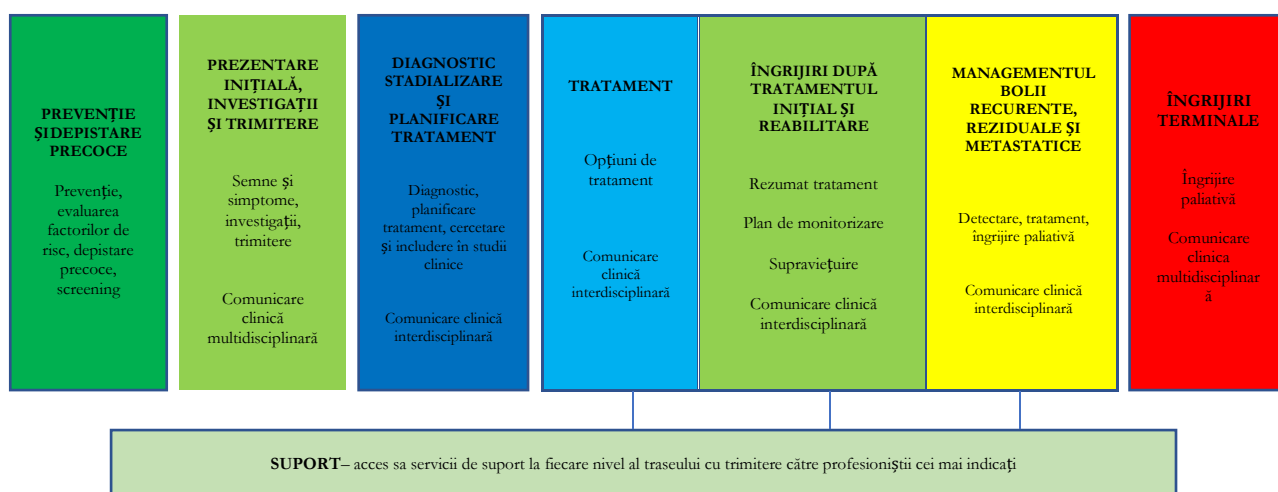
Scopul traseului optim de îngrijire a cancerului de sân are în vedere îmbunătățirea rezultatelor pacientelor, prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe dovezile cele mai actuale referitoare la managementul cancerului de sân.

Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a cancerului de sân sunt următoarele:

- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacientelor*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora*);
- Îngrijiri multidisciplinare (*activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în*

considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru fiecare pacientă);

- Îngrijiri de suport (servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacientele cu cancer de sân);
- Coordonarea îngrijirii (abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacientele cu cancer de sân);
- Comunicare
- Cercetare și studii clinice (oportunitățile de participare trebuie prezentate pacientelor în orice punct al traseului de îngrijire).



DIAGNOSTIC STADIALIZARE ȘI PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnosticul pentru femeile cu cancer de sân:
istoric familial și examen medical, apoi ia în
considerare următoarea succesiune de investigații:
teste imagistice la sân
ecografia axilară +/- biopsie ganglionară
biopsia mamară, dacă nu a fost deja efectuată
stabilirea profilului receptorilor hormonal
• evaluarea unei predispoziții genetice
pentru cancerul de sân și consiliere genetică.
Stadializare: Se efectuează pentru toate femeile
diagnosticate

Planificarea tratamentului: toate femeile nou diagnosticate
trebuie să fie evaluate în tumor board multidisciplinar în vederea
recomandării unui plan de tratament.
Considerații speciale care trebuie acordate în această etapă includ
sarcina, fertilitatea și prevenirea menopauzei induse de
chimioterapie.

Studii clinice: Luați în considerare înrolarea acolo unde este
disponibilitate și considerat adecvat.

Comunicare clinică: se are în vedere durata procedurii diagnostice și a
tratamentului, se explică rolul echipei multidisciplinare în planificarea
tratamentului și coordonarea îngrijirii. Se oferă informații corespunzătoare
și trimitere la servicii de suport

TRATAMENT

Stabiliți intenția
de tratament:
Curativ

Terapie anti-cancer
pentru îmbunătățirea
calității vieții și / sau
supraviețuire fără
așteptarea remisiiei

Simptomatică / paliativă

Chirurgie: Chirurgia pentru cancerul de
sân în stadii inițiale de boală implică fie
sectorectomie sau mastectomie efectuate
cu sau fără reconstrucție imediată a
sânului.
Femeile ar trebui să fie pe deplin
informate despre opțiunile lor și le fie
oferită opțiunea de chirurgie
reconstructivă imediată sau într-un timp
ulterior dacă este cazul.

Chimioterapie sau altă terapie sistemică:

Chimioterapia sau altă terapie
sistemică poate fi indicată ca
tratament neo-adjuvant sau
adjuvant

Radioterapie:

În cele mai multe cazuri radioterapia este
recomandată femeilor cu cancer de sân în
stadii inițiale de boală după sectorectomie și
în anumite situații după mastectomie
Comunicare clinică: • discutați cu
pacienta despre opțiunile de tratament,
inclusiv intenția tratamentului și rezultatele
preconizate
comunicați planul de tratament al pacientei
medicului de familie

ÎNGRIJIRI DUPĂ TRATAMENTUL INIȚIAL ȘI REABILITARE

Supraviețuitoarelor de cancer li se vor furniza următoarele
informații care să le ghideze după tratamentul inițial

Rezumatul tratamentului (furnizați o copie a documentului
medical pacientei și medicul de familie) conținând:

- teste diagnostice efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tipul și data tratamentului (tratamentelor)
- intervenții și planuri de tratament din partea
celorlalți specialiști în sănătate
- servicii de sprijin oferite
- informații de contact pentru principalii
furnizorii de servicii medicale pentru cancerul de sân.

Planul de îngrijire de urmărire (furnizați o copie
pacientei și medicului de familie) conținând:

- Monitorizarea medicală necesară (teste, supraveghere)
- planuri de îngrijire pentru gestionarea
efectelor tardive ale tratamentului
- un proces de re-admitere rapidă la
serviciile medicale specializate pentru apariția
recăderilor.

Comunicare clinică:

- explicați pacientei rezumatul tratamentului și planul
de monitorizare / îngrijire
- informați pacienta despre prevenția secundară și
un stil de viață sănătos

MANAGEMENTUL BOLII REZIDUALE RECURENTE ȘI METASTATICE

Detectare: unele cazuri de boală recurentă vor fi detectate prin
monitorizarea de rutină la femeile asimptomatice. Unele cazuri
de boală metastatică va fi detectate în același timp cu
prezentarea pentru cancerul de sân primar inițial (boala
metastatică „de novo”).

Tratament: când este posibil trimiteți pacienta la femeia la
consult la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul
va ține cont de locație, extinderea recurenței, managementul
clinic anterior al bolii și managementul și preferințele femeii.

Îngrijirea paliativă: Luați în considerare
recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă.
Asigurați-vă că există un plan de
îngrijiri terminale.

Comunicare clinică:

- explicați pacientei opțiunile de tratament, rezultatele
așteptate
și reacții adverse
- inițiați o discuție cu privire la planificarea îngrijirilor
terminale dacă este cazul.

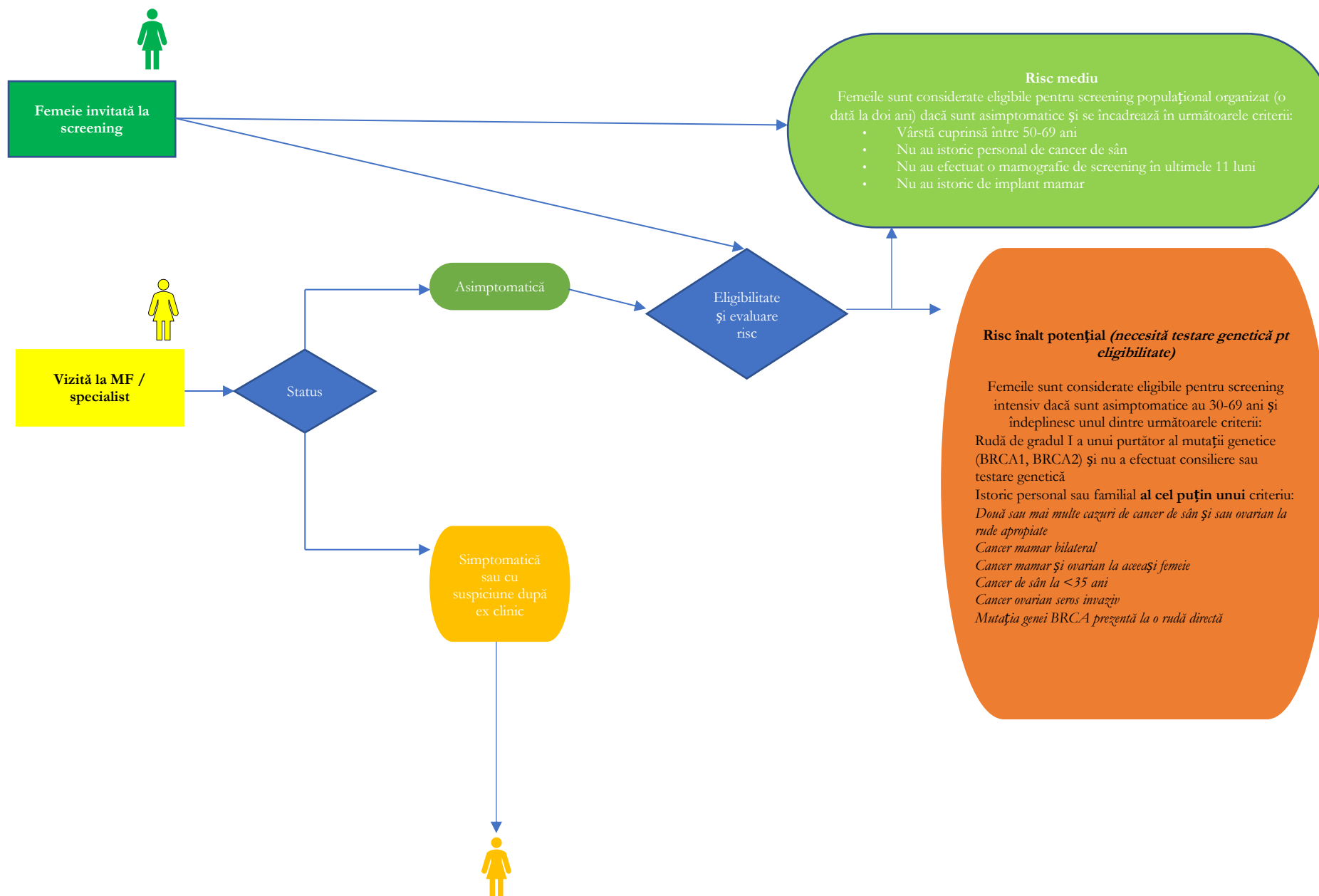
ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijirea terminală: Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de
îngrijiri terminale.

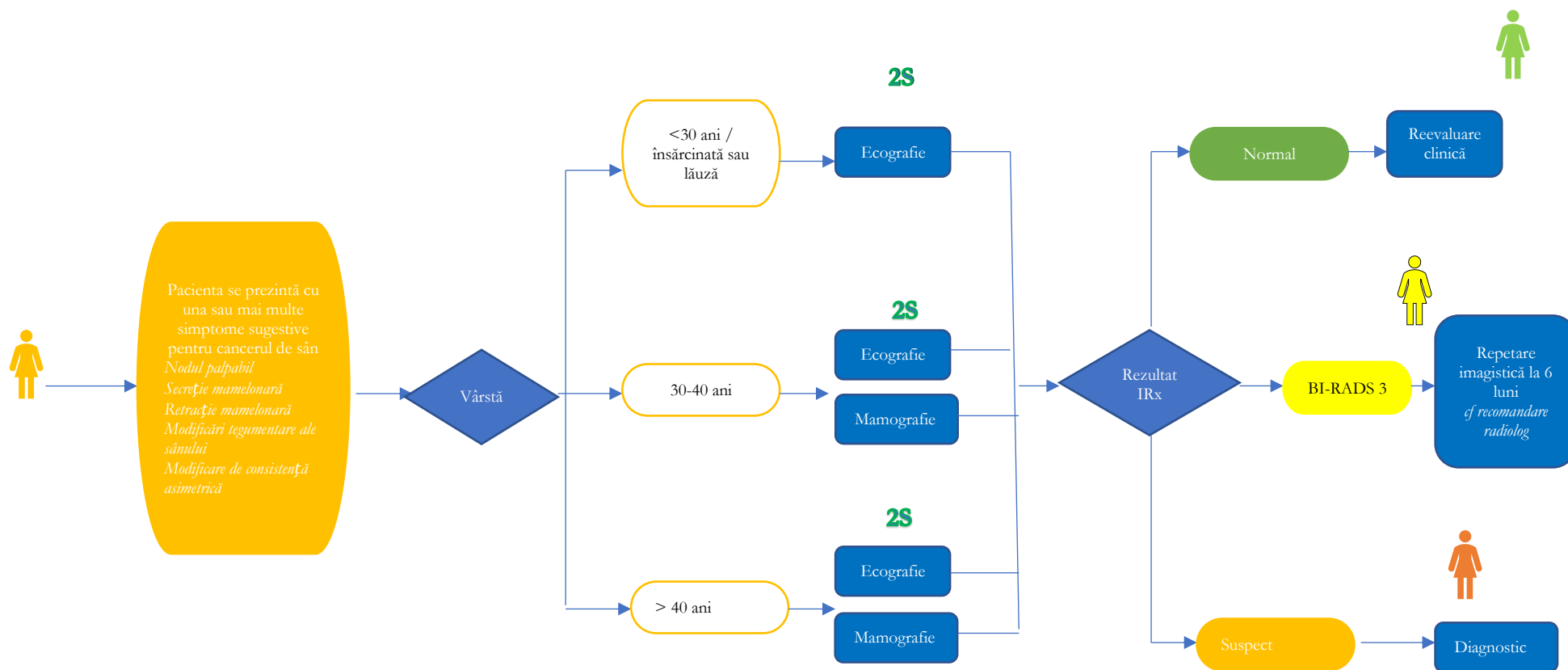
Comunicare clinică:

- discutați deschis cu privire la prognostic despre opțiunile de îngrijire paliativă cu pacienta și familia acesteia
- stabiliți planuri de tranziție pentru a vă asigura că nevoile și obiectivele femeii sunt abordate corespunzător

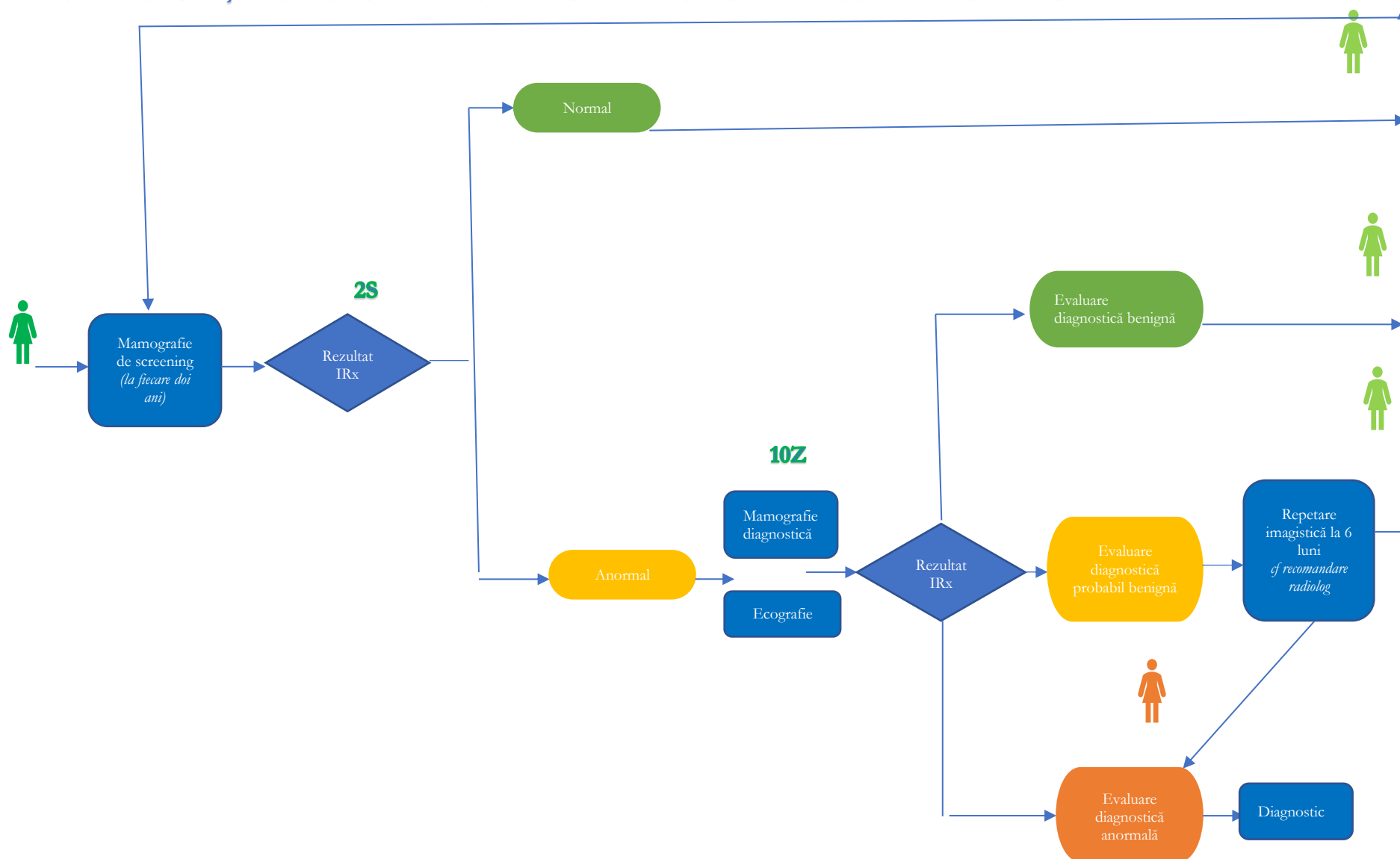
EVALUARE PRIMARĂ PENTRU INTENSITATE SCREENING



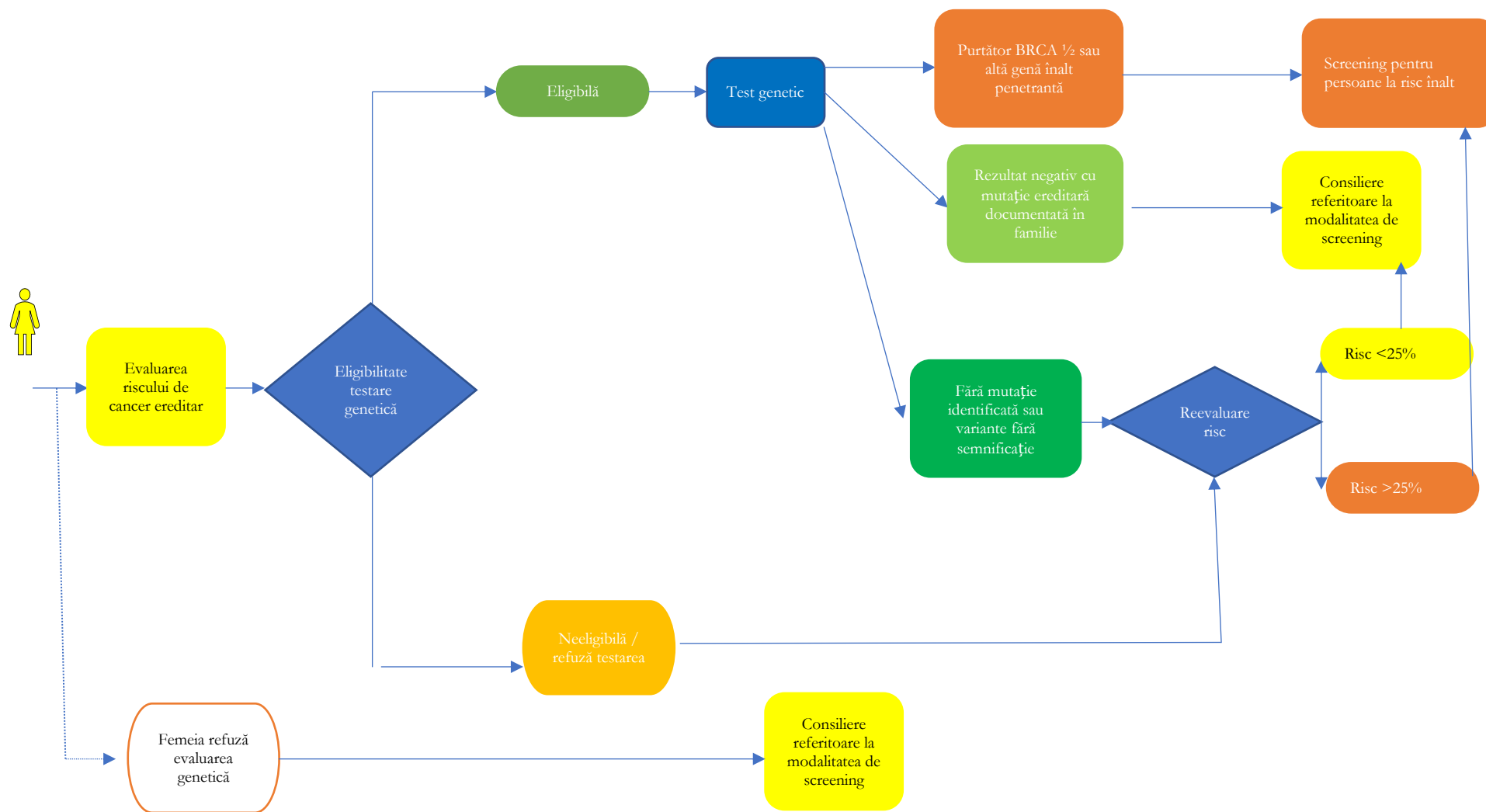
PREZENTARE ÎNIIĂLĂ & IMAGISTICĂ PENTRU PACIENTE SIMPTOMATICE



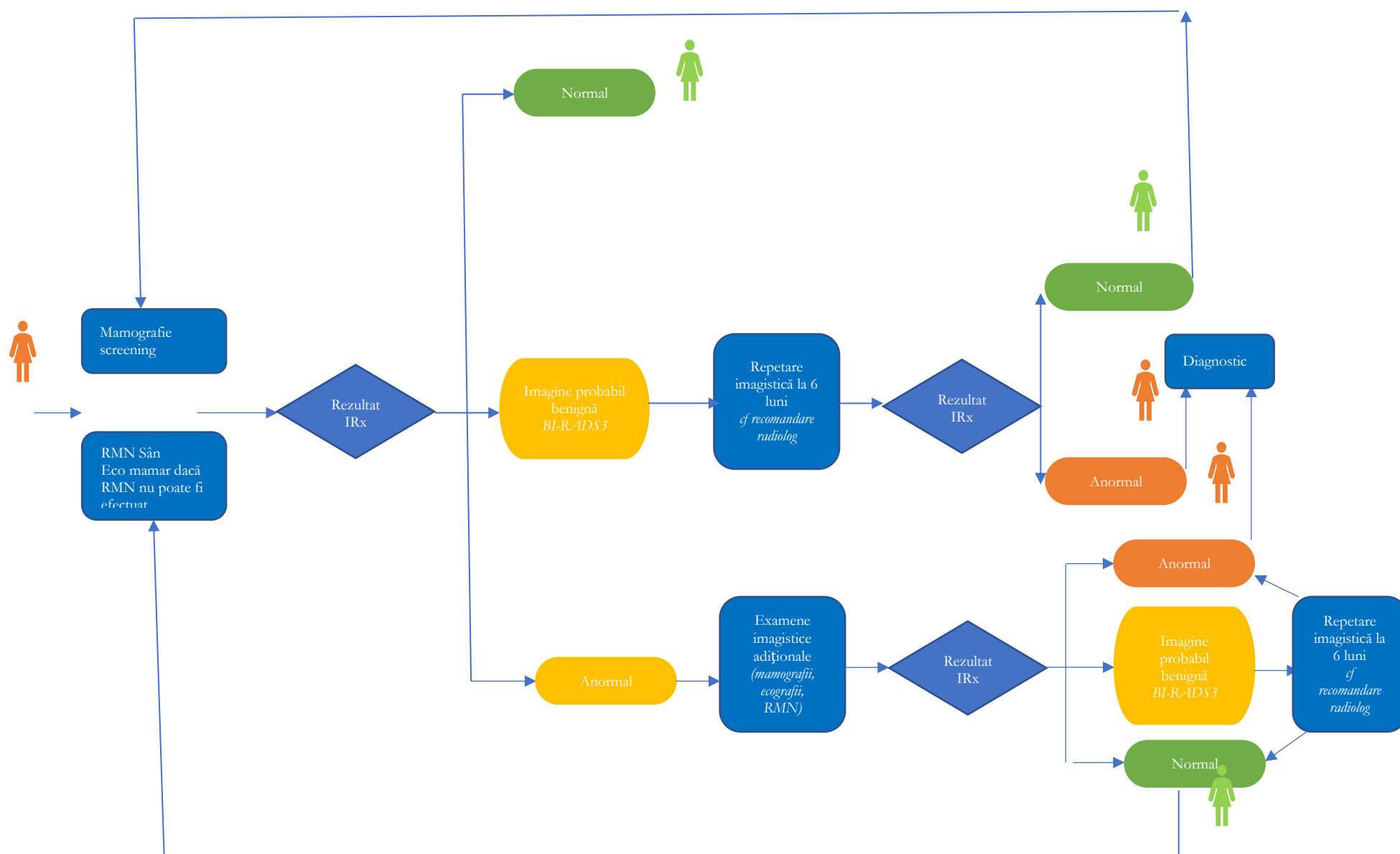
SCREENING POPULAȚIONAL ORGANIZAT & EVALUARE PENTRU PERSOANE LA RISC MEDIU



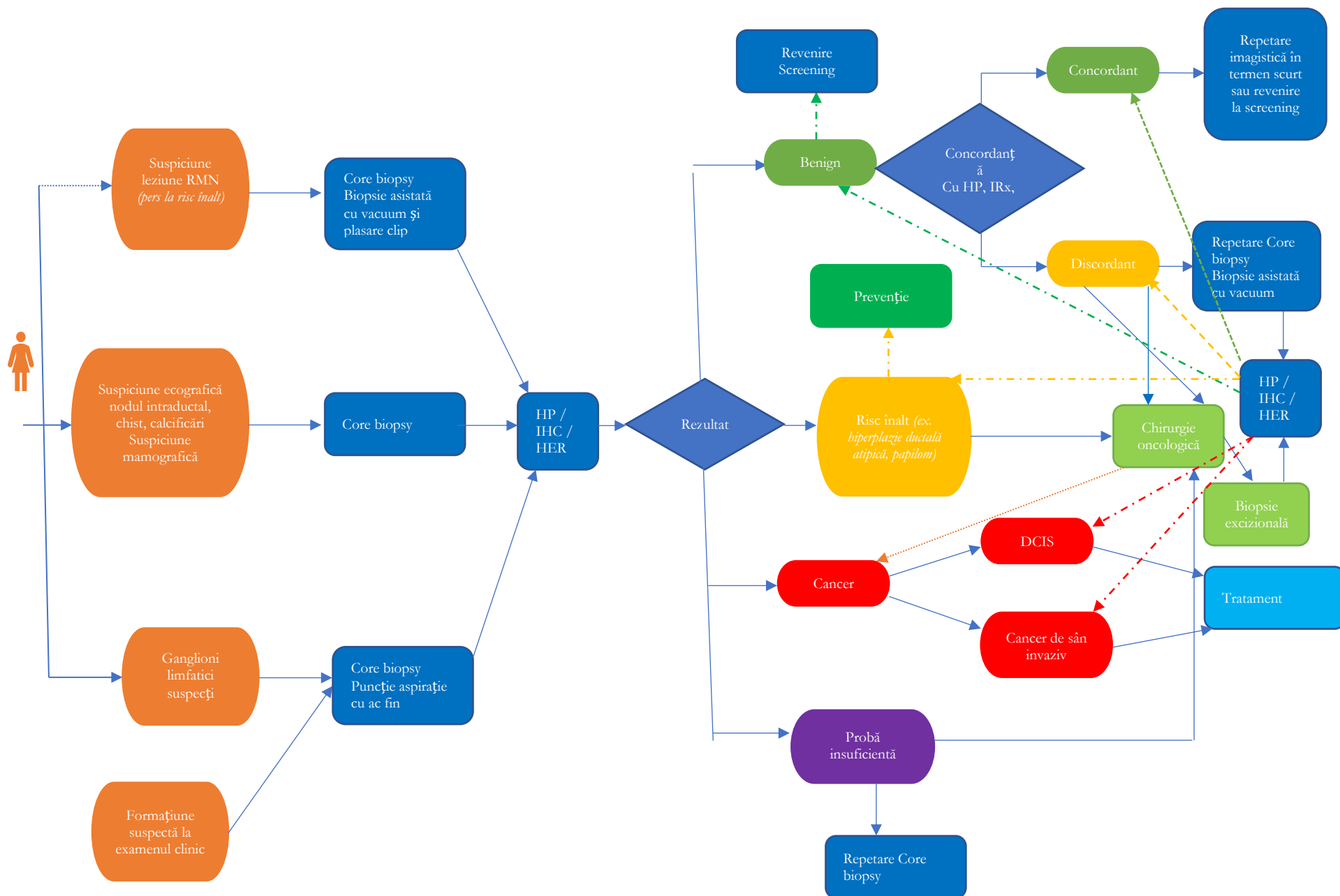
EVALUARE GENETICĂ PENTRU PACIENTELE LA RISC ÎNALT POTENȚIAL



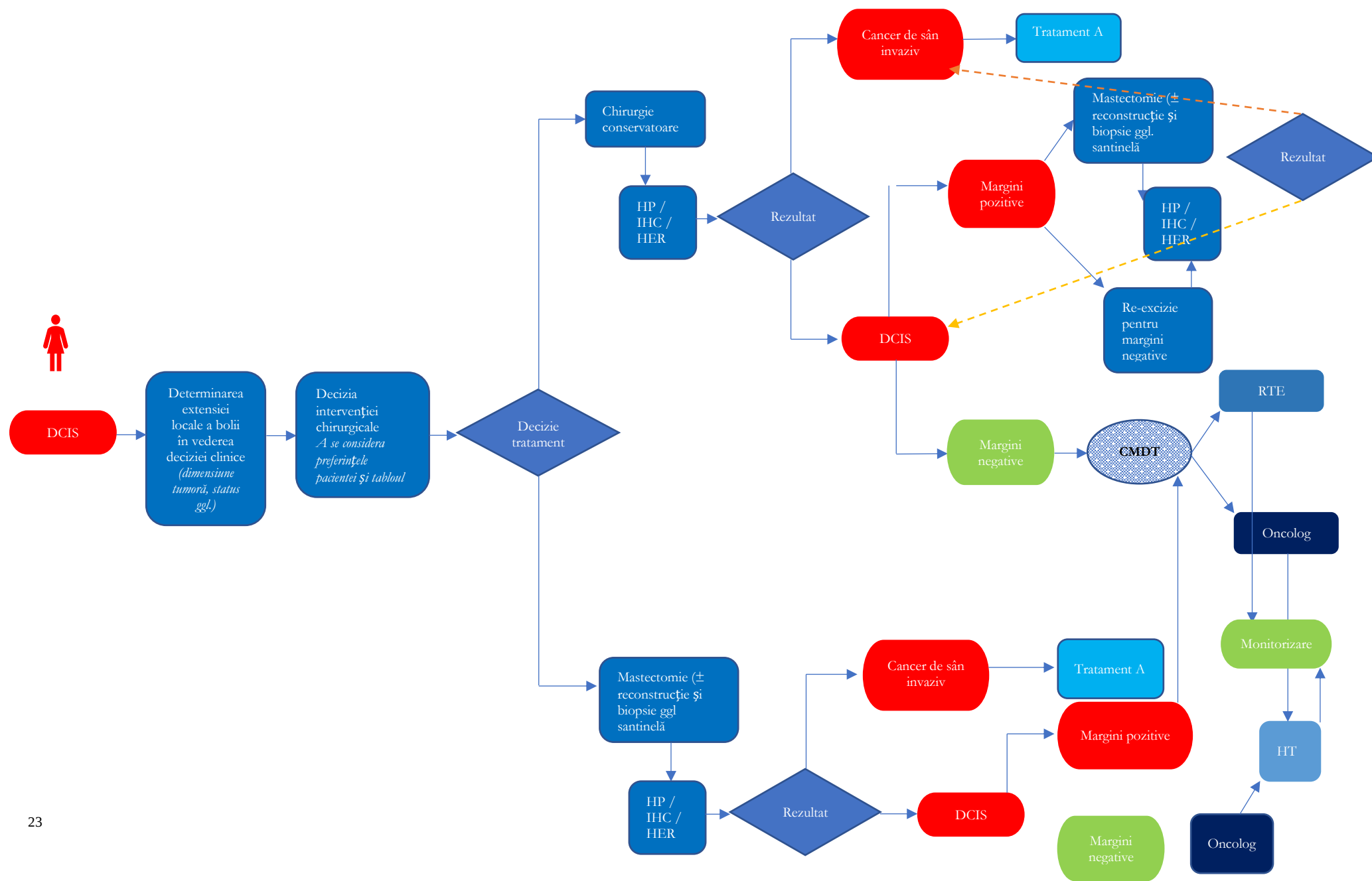
SCREENING & EVALUARE PENTRU FEMEILE LA RISC ÎNALT



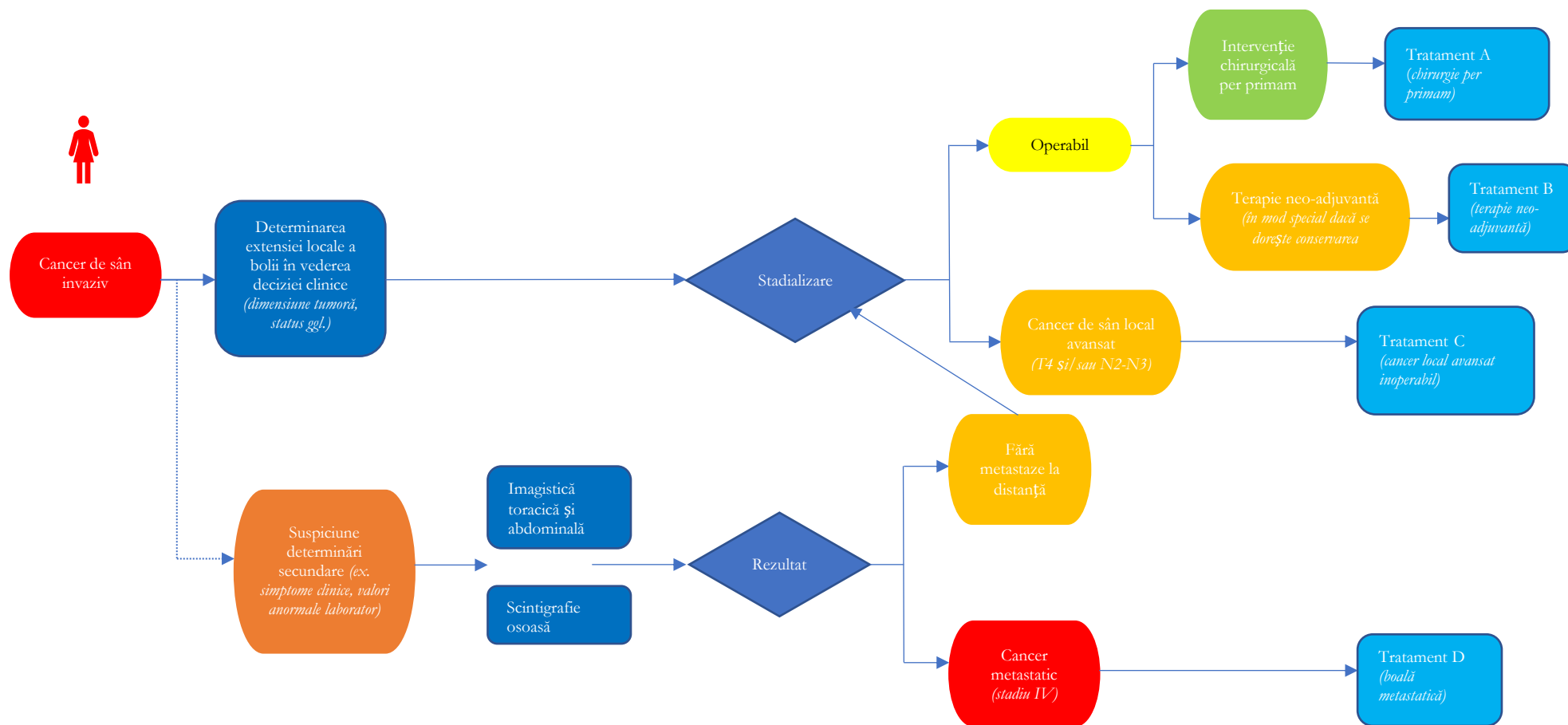
DIAGNOSTIC



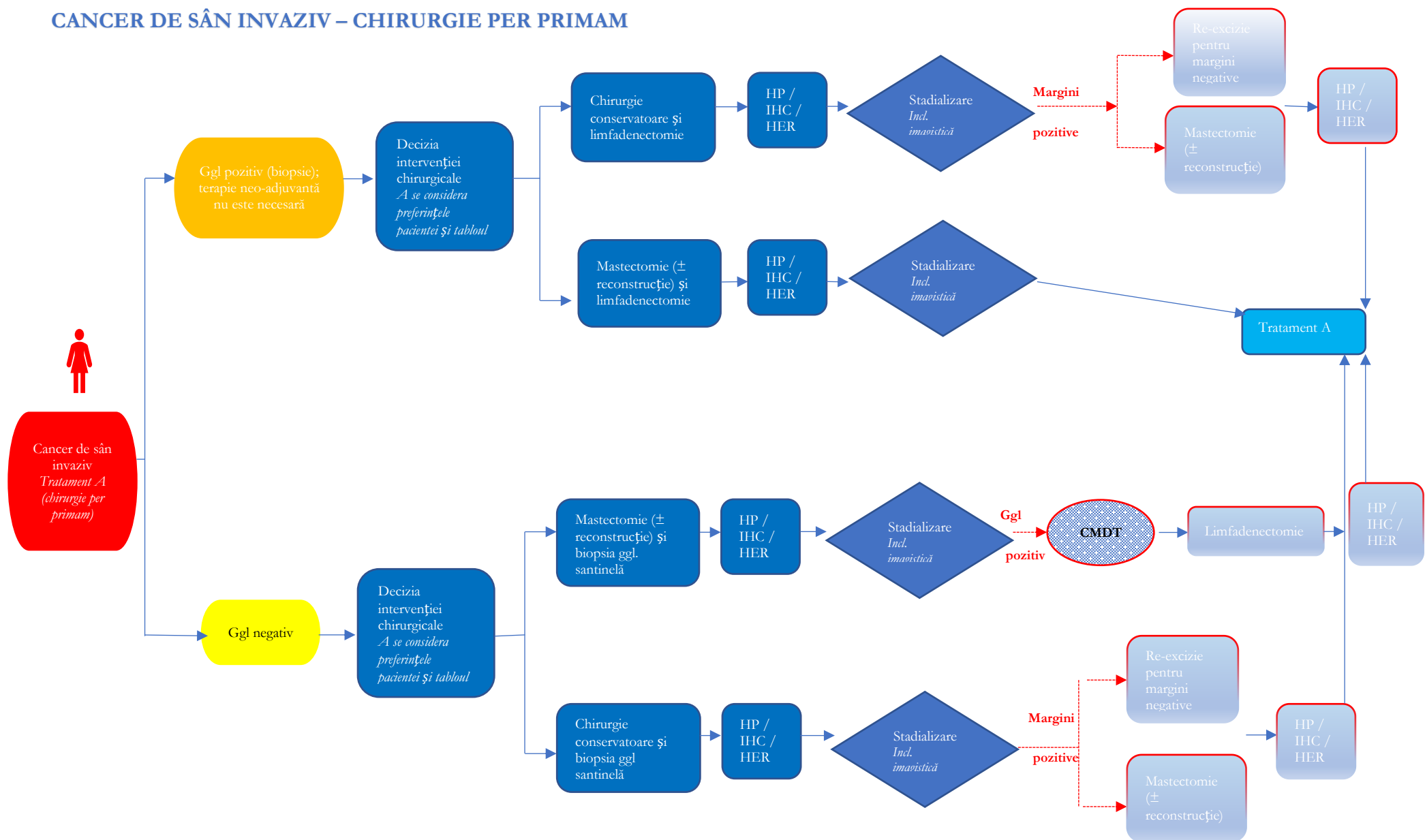
TRATAMENT CARCINOM DUCTAL IN SITU



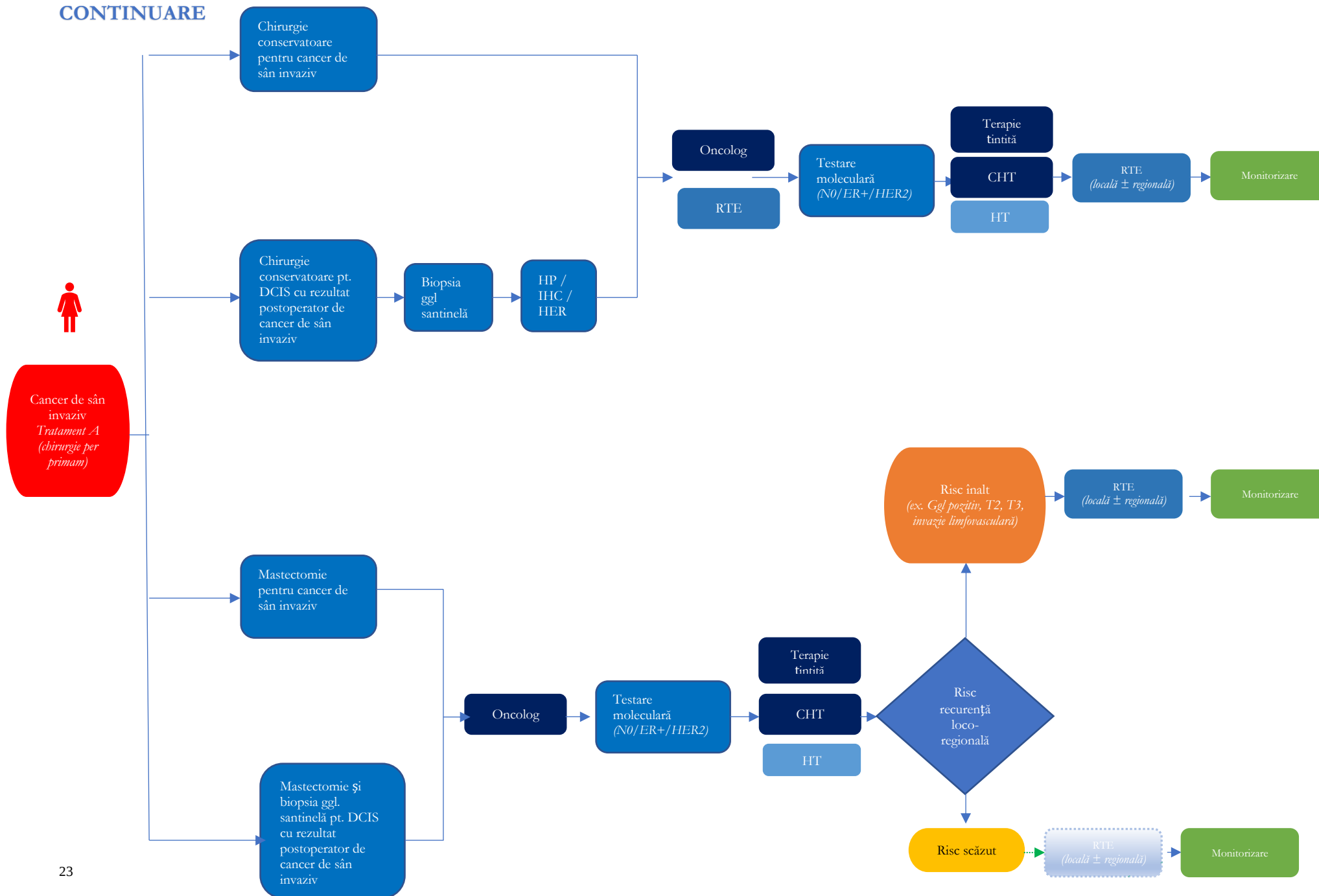
CANCER DE SÂN INVAZIV – EVALUARE CHIRURGIE / TERAPIE NEOADJUVANTĂ



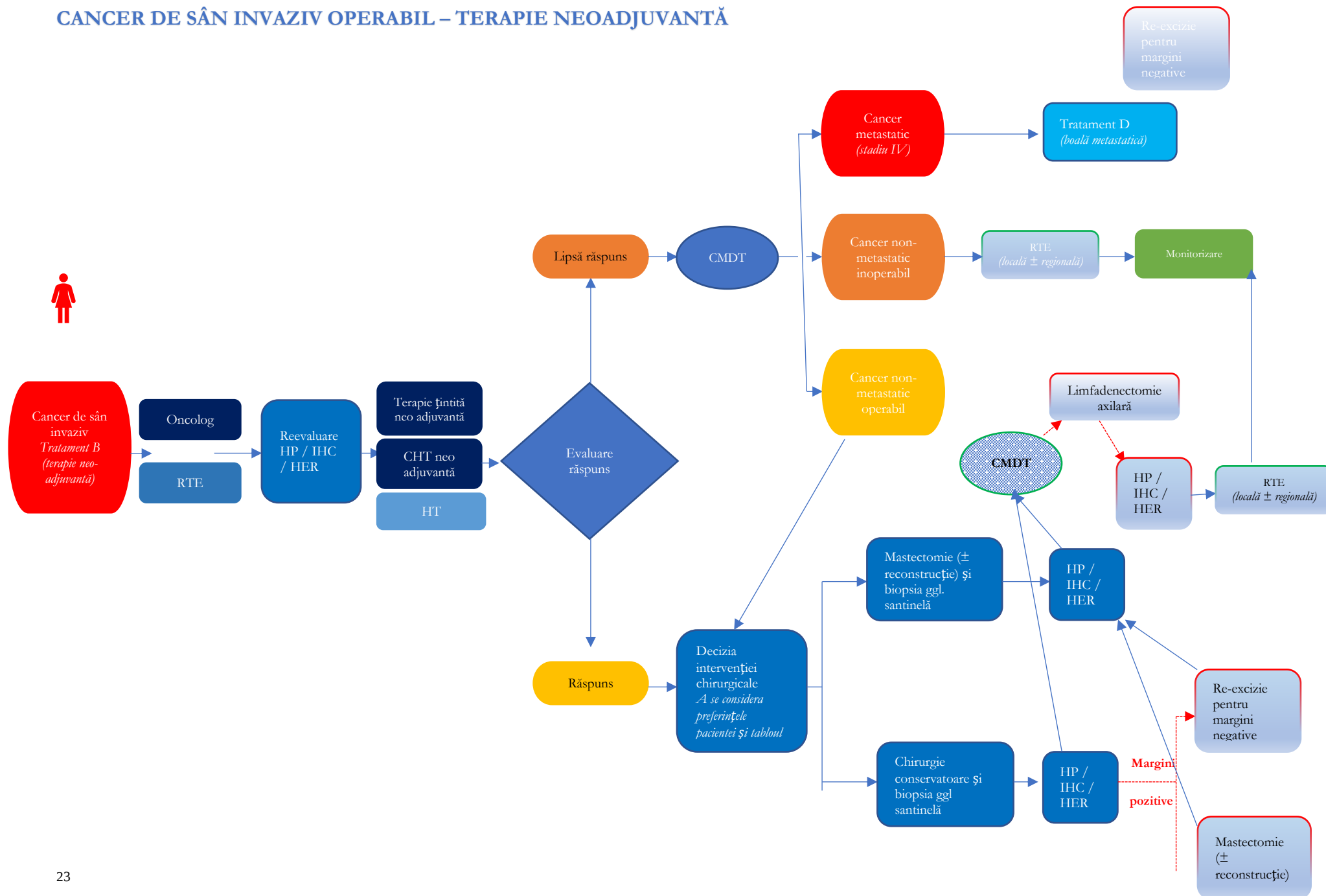
CANCER DE SÂN INVAZIV – CHIRURGIE PER PRIMAM



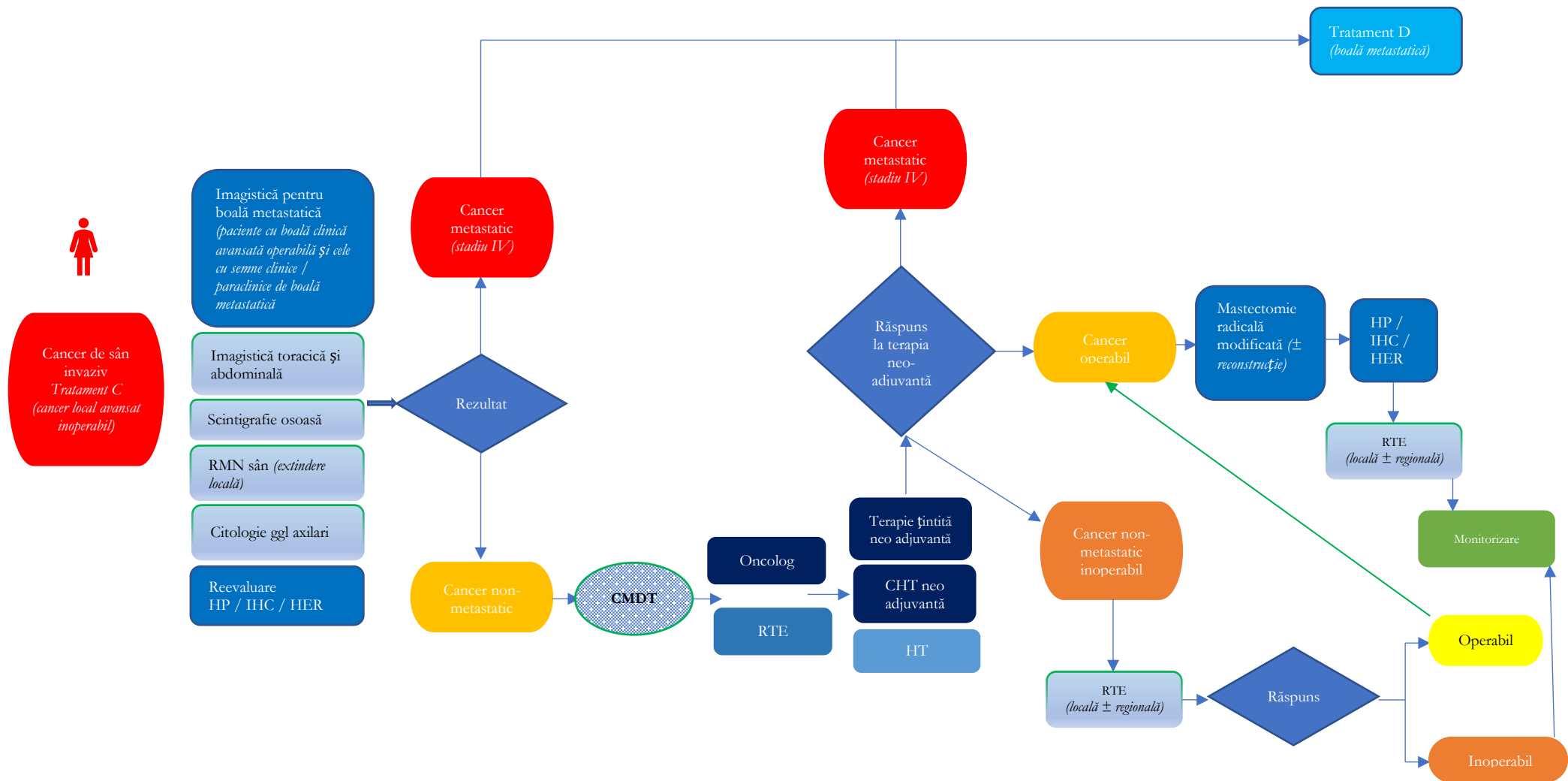
CONTINUARE



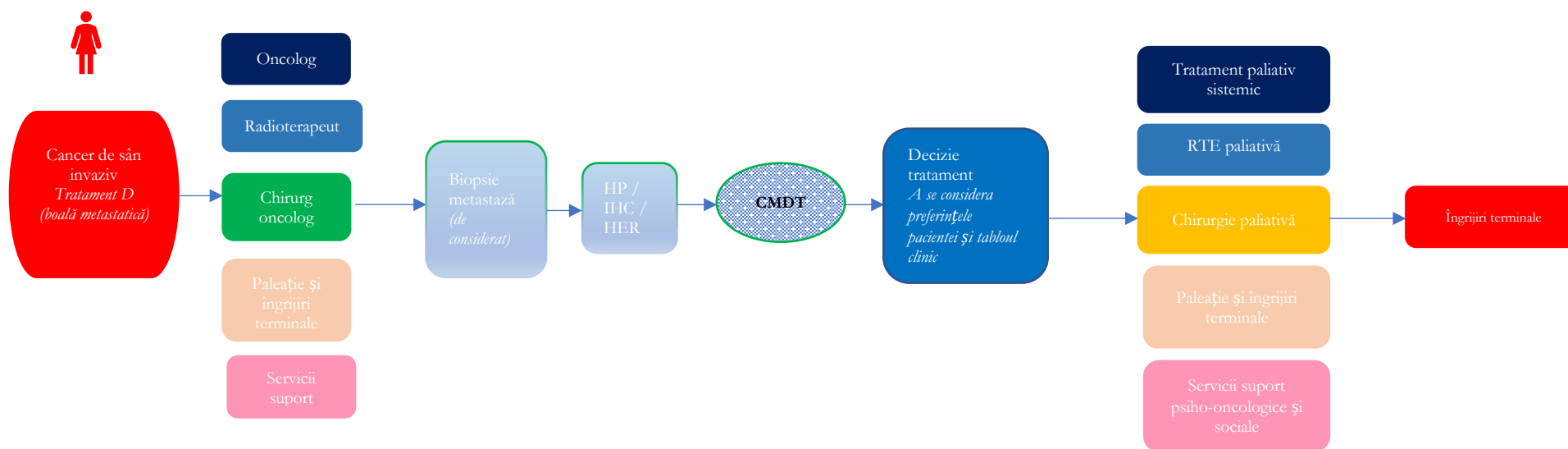
CANCER DE SÂN INVAZIV OPERABIL – TERAPIE NEOADJUVANTĂ



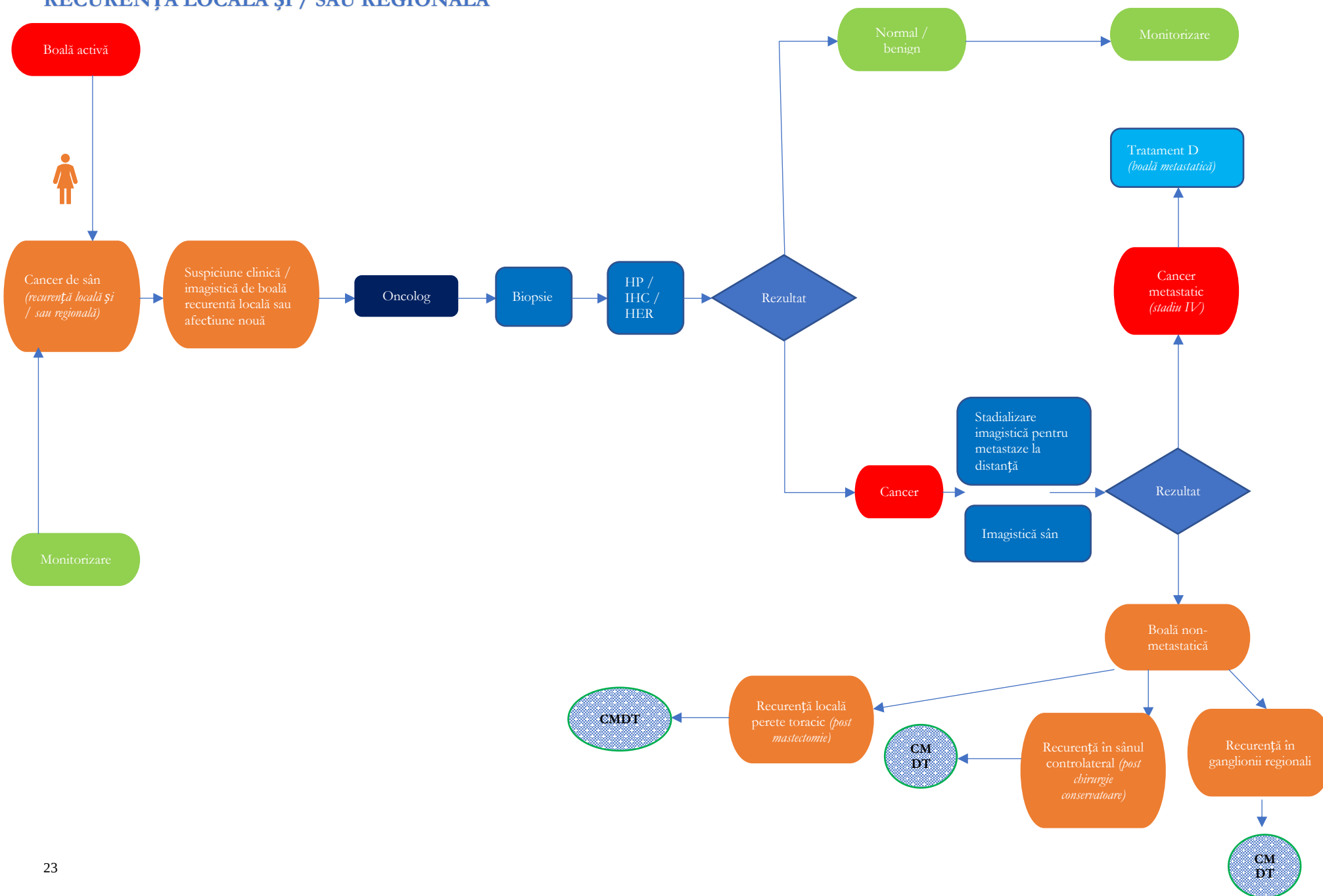
TRATAMENT CANCER DE SÂN LOCAL AVANSAT INOPERABIL



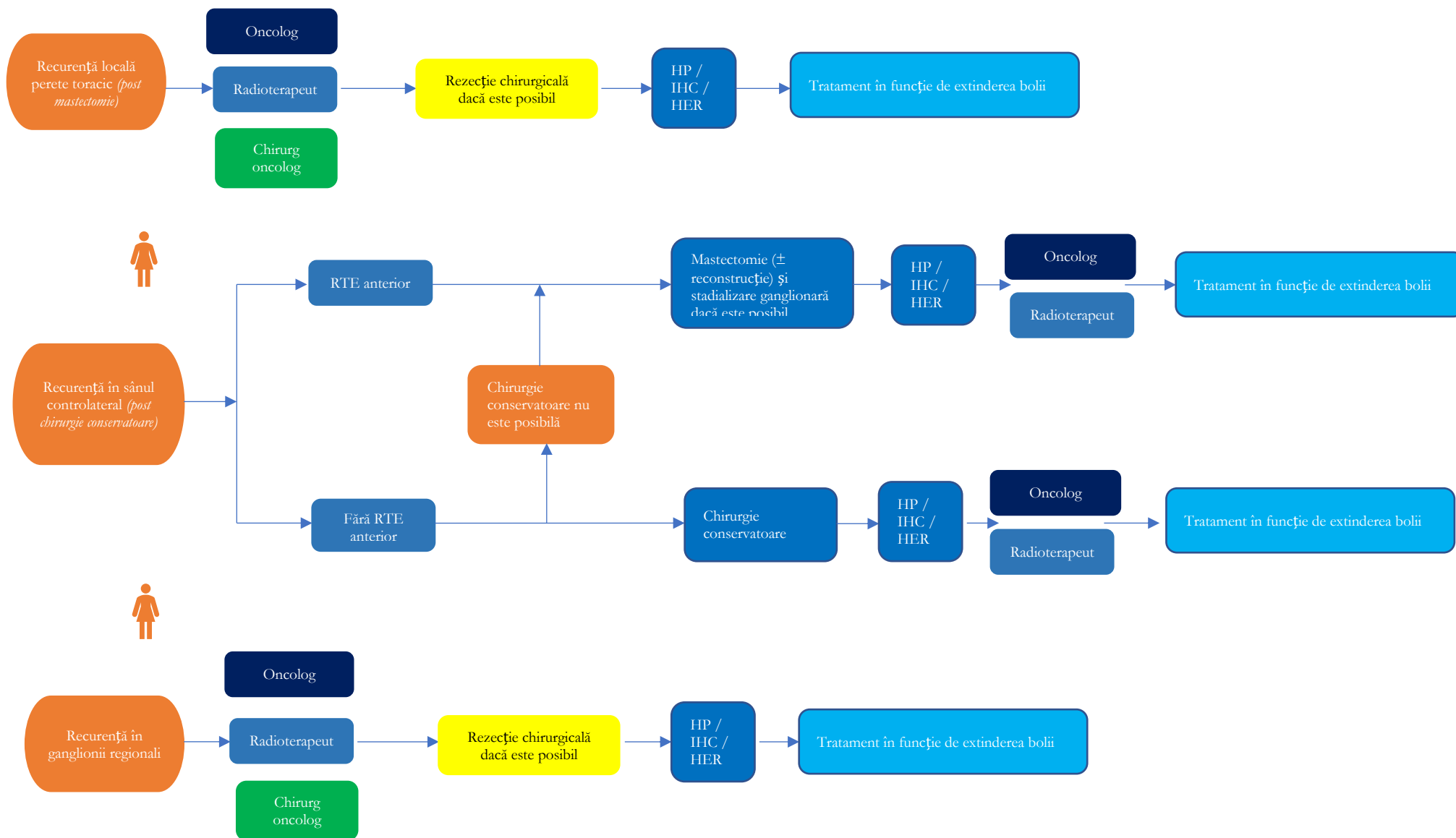
TRATAMENT CANCER METASTATIC



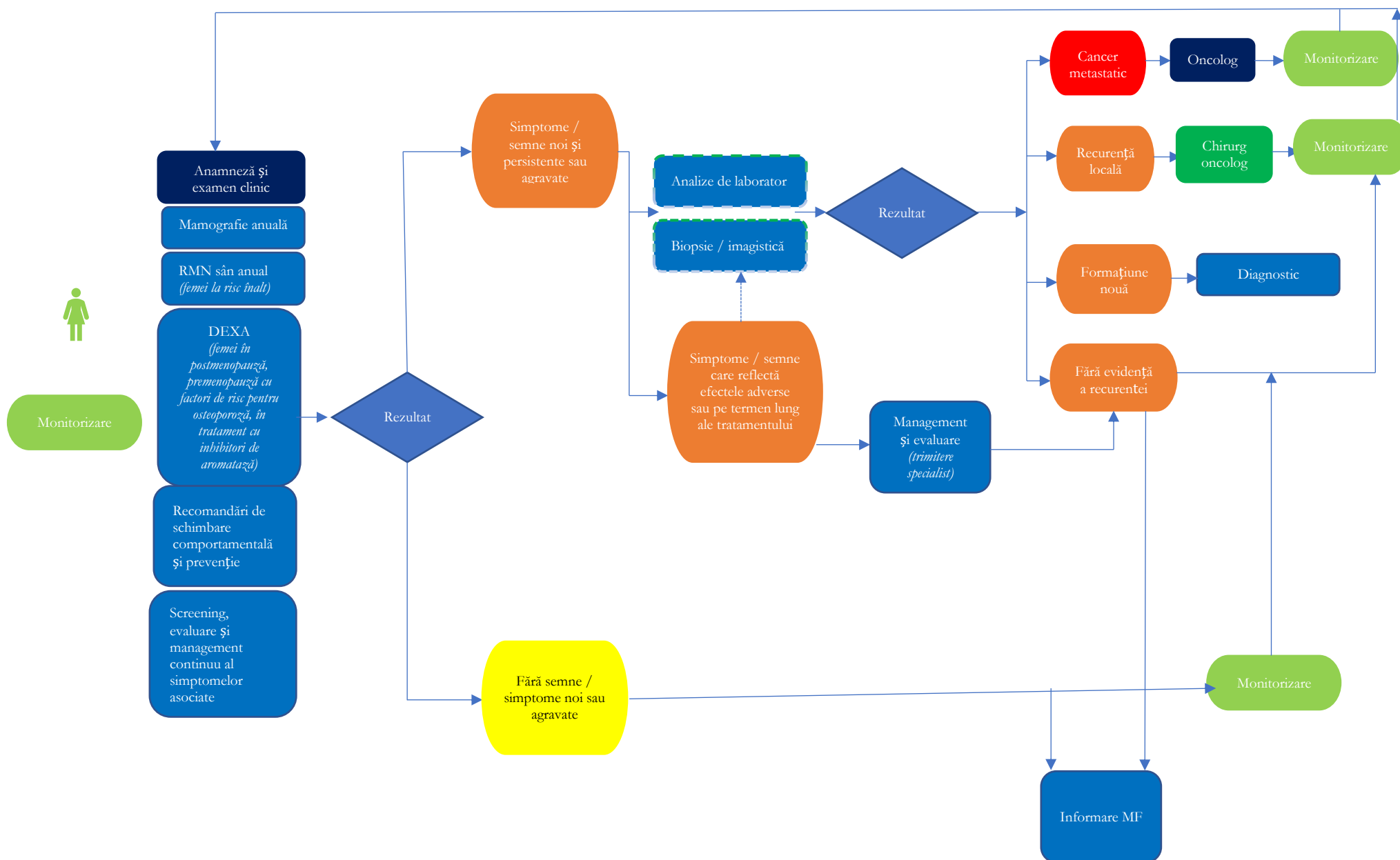
RECURENȚĂ LOCALĂ ȘI / SAU REGIONALĂ

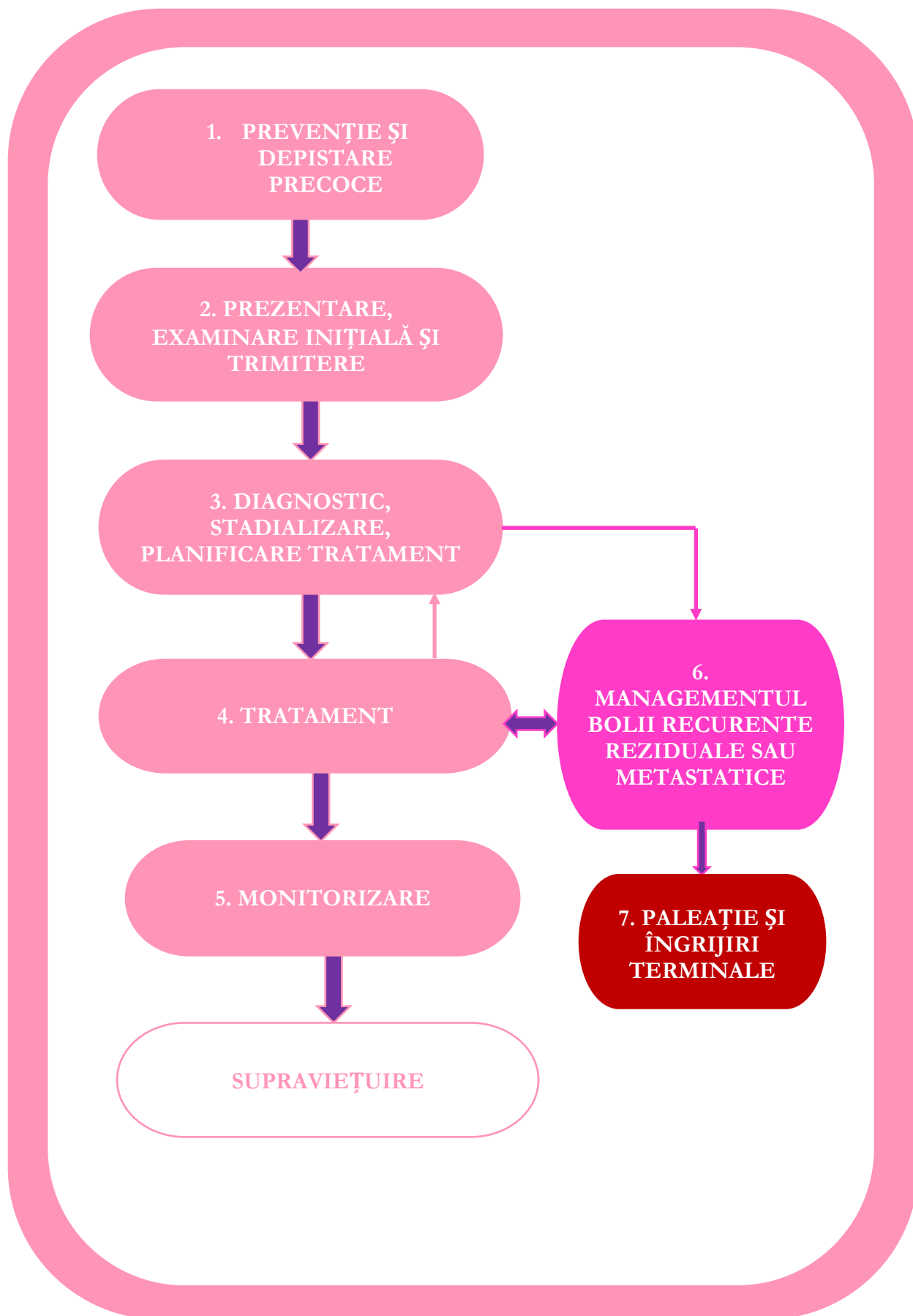


CONTINUARE



MONITORIZARE





1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

Prevenție

Recomandări pentru prevenirea cancerului de sân:

- Menținerea unei greutateți optime.
 - Evitarea / stoparea fumatului.
 - Evitarea sau limitarea consumului de alcool.
 - Activitate fizică regulată.
 - Evitarea sau limitarea utilizării terapiei hormonale de substituție.
 - Considerarea unor strategii suplimentare de prevenție pentru persoanele cu risc crescut (ex. purtători de mutații genetice).
- Evaluarea individuală a riscurilor va ajuta la ghidare strategii suplimentare de prevenire.

Reducerea riscului

Pentru femeile cu un risc crescut de cancer de sân, tratamentul anti-hormonal de reducere a riscului scade riscul de cancer de sân. Femeile la risc foarte înalt pot lua în considerare o intervenție chirurgicală de reducere a riscului.

Instrumente de evaluare a riscurilor

Evaluarea riscului personal de cancer de sân a unei femei poate orienta clinicianul către cea mai adecvată strategie clinică.

Evaluarea riscului personal de cancer este efectuată în prezent în cadrul proiectelor de screening populațional organizat pentru cancer de sân (*regiunile NE, NV, SE, V*).

Recomandări de screening

- Screening populațional organizat o dată la doi ani pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani și cu domiciliul în regiunile NE, NV, SE, V. Pentru această procedură nu este necesară trimitere de la un medic de familie dar încurajarea femeilor de către medicii lor de familie poate fi un factor cheie în participarea acestora la screening.
 - Screening oportunist o dată la doi ani pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani cu trimitere de la medicul de familie și plată prin FNUASS, pe tot teritoriul țării.
- Femeile invitate la screening trebuie să fie informate corespunzător despre riscurile și beneficiile screening mamografic.

CHECKLIST

- ☐ Riscul individual de dezvoltare a cancerului de sân este evaluat și în cazul suspiciunii de transmitere familială este realizată trimiterea și programarea către un serviciu de consiliere și testare genetică
- ☐ Femeile asimptomatice în vârstă 50-69 de ani sunt încurajate să participe în Programul de Screening Populațional Organizat pentru Cancer de Sân
- ☐ Modificările recente ale greutateții corporale sunt discutate și pacienta are greutatea înregistrată
- ☐ Trimitere către un dietetician, kinetoterapeut dacă este cazul
- ☐ Statutul de fumător este discutat și înregistrat și este oferită consiliere pentru renunțare la fumat fumătorilor
- ☐ Consumul de alcool este discutat și înregistrat și este oferit suport pentru reducerea consumului de alcool dacă este cazul
- ☐ Activitate fizică este înregistrată

2. PREZENTARE, EXAMINARE ÎNIIĂLĂ ȘI TRIMITERE

Următoarele **semne și simptome** trebuie investigate:

- un nodul nou persistent ,mai ales la un singur sân
- o modificare a dimensiunii sau formei unui sân
- o schimbare a unui mamelon, cum ar fi apariția unei cruste, ulcerării, roșeață sau inversiune
- o scurgere mamelonară care are loc fără exprimare manuală
- o modificare a tegumentului unui sân, de exemplu roșeață, îngroșare sau neregularitate
- nodul(i) axilară
- o durere neobișnuită și persistentă a sânelui

Investigațiile inițiale includ o secvență diagnostică în trei pași:

- istoric medical și examinare clinică a sânelor
- imagistică - mamografie și / sau ecografie mamară
- biopsie fără excizie - de preferință core biopsy.

Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (chirurg, ginecolog) care a evaluat pacienta trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri suplimentare (out of pocket) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea pacientului și / sau aparținătorilor către cine se realizează trimiterea și de ce

CHECKLIST

- ☐ Semne și simptome înregistrate
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

INTERVAL DE TIMP

Un pacient cu semne și simptome care poate sugera cancer de sân trebuie să obțină un consult de la medicul de familie în termen de **2 săptămâni**.

O pacientă cu semne și simptome care poate sugera cancer de sân trebuie să obțină un consult de la medicul specialist chirurg / ginecolog în termen de **2 săptămâni** de la prezentarea la medicul de familie.

În mod optim, testele diagnostice trebuie efectuate în termen de **2 săptămâni**.

Un rezultat pozitiv pentru oricare componentă a testelor diagnostice este însoțită de trimitere către un centru de sân. În mod ideal, chirurgul / ginecologul ar trebui să consulte pacienta cu cancer suspectat sau precizat, în decurs de **2 săptămâni** de la diagnostic.

3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnostic

Următoarele investigații ar trebui să fie efectuate:

- imagistică bilaterală a sânilor, inclusiv mamografie și ecografie mamară (sau RMN în cazuri selectate)
- ecografie axilară (inclusiv puncție aspirație cu ac fin a ganglionilor axilari dacă ecografia axilară este anormală)
- biopsia formațiunii tumorale mamare pentru determinarea profilului receptorilor (ER, PR, HER2)

Investigații de stadializare pentru boală la distanță

Stadializarea este adecvată pentru pacienții cu boala confirmată local avansată sau ganglionară și pentru orice pacientă cu simptome clinice sau suspiciune clinică de boală metastatică.

Testarea genetică dacă este cazul

Planificarea tratamentului

În mod ideal, echipa multidisciplinară ar trebui să discute toate pacientele nou diagnosticate cu cancer de sân înainte de operație sau de chimioterapie neo-adjuvantă.

Realizați trimiterea către un manager de caz (asistentă medicală cu expertiză în cancerul de sân) în termen de 7 zile de la finalizarea diagnosticului.

Cercetare și studii clinice

Luați în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținători
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificare tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport, în funcție de necesități
- comunicarea cu medicul de familie al pacientei despre diagnostic, planul de tratament și recomandări din partea comisiei multidisciplinare

CHECKLIST

- ☐ Diagnostic confirmat
- ☐ Trimitere la un consult genetic dacă este cazul
- ☐ Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
- ☐ Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
- ☐ Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacienta a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
- ☐ Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Investigațiile diagnostice trebuie finalizate în termen de **2 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial.

4. TRATAMENT

Scopul tratamentului pentru cancerul de sân și tipurile de tratament recomandate depind de tipul, etapa și locația cancerului, cât și vârsta starea de sănătate și preferințele pacientei.

Stabiliți **intenția tratamentului**

- Curativ

- Terapia anti-cancer pentru îmbunătățire calitatea vieții și / sau longevitate fără așteptarea vindecării

- Paliativ

Chirurgia pentru cancerul mamar precoce include:

- operație de conservare a sânilor sau mastectomie
- biopsia nodului santinelă ± sau limfadenectomie
- reconstrucție imediat după mastectomie sau într-un timp ulterior

Terapia neo-adjuvantă și uzual chimioterapia poate fi adecvată pentru paciente cu:

- cancer triplu-negativ sau HER2-pozitiv
- cancer de sân local avansat sau inflamator
- cancere mari operabile, cu scopul de reducerea dimensiunii tumorii.

Toate pacientele cu cancer invaziv:

- trebuie luate în considerare pentru terapia sistemică
- cancerul receptor hormonal pozitiv trebuie luat în considerare pentru terapia endocrină.

Bifosfonații îmbunătățesc supraviețuirea și ar trebui luați în considerare pentru pacientele tratate pentru sân cancer cu intenție curativă.

Radioterapia poate fi benefică pentru:

- paciente cu cancer mamar precoce după chirurgie de conservare a sânilor
- paciente selectați după o mastectomie.

Iradieră parțială a sânilor poate fi luată în considerare pentru anumite paciente cu cancer mamar precoce.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile
- discutarea planificării prealabile a îngrijirilor terminale cu pacienta și / sau aparținătorii, unde este necesar
- comunicarea planului de tratament către medicul de familie al pacientei

CHECKLIST

- ☐ Intenția de tratament este stabilită
- ☐ Pacienta a conștientizat că chirurgia reconstructivă poate să fie oferită imediat sau ulterior
- ☐ Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacienta și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientei
- ☐ Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Chirurgia ar trebui în mod ideal să fie efectuată în termen de **până la 5 săptămâni** de la finalizarea diagnosticului (pentru cancerul de sân invaziv) sau la **4-6 săptămâni** după finalizarea terapiei neo-adjuvante sistemice

Chimioterapia neo-adjuvantă ar trebui să fie inițiată în termen de **maxim 4 săptămâni** de la finalizarea diagnosticului.

Chimioterapia adjuvantă ar trebui să fie inițiată în termen de **maxim 6 săptămâni** după procedura chirurgicală.

Chimioterapie adjuvantă pentru cancerul de sân triplu negativ și HER2- pozitiv ar trebui să fie inițiată în termen de **4 săptămâni** de la operație.

Terapia endocrină ar trebui fie inițiată **cât mai curând posibil** după ce chimioterapia, iradierea și / sau intervenția chirurgicală sunt finalizate (în anumite cazuri va fi începută în timpul tratament neo-adjuvant).

Radioterapia ar trebui să fie inițiată în **3-4 săptămâni** după chimioterapie, sau în decurs de 8 săptămâni de la operație, pentru pacientele care nu au efectuat chimioterapie adjuvantă.

5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacientei, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (tipuri și dată)
- toxicitate și efecte adverse actuale (severitate, management și rezultatele așteptate)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și îngrijirea acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive, recurențe sau metastaze

Comunicare

Responsabilitățile oncologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de familie al pacientei

CHECKLIST

☐ Rezumatul tratamentului și monitorizării pacientei este furnizat către pacient și / sau aparținători și medicul de familie al pacientei

☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar

☐ Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

Detectare

Marea majoritate a formațiunilor recurente la nivel local sau metastatice vor fi detectate prin monitorizarea de rutină sau de către pacienta simptomatică.

Tratament

Evalueați pentru fiecare pacientă opțiunea de trimitere la evaluare la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va lua în considerare localizarea și extinderea bolii, managementul anterior al afecțiunii și preferințele pacientei.

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toate pacientele dar mai ales pentru pacientele cu boală avansată.

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacientei și / sau aparținătorilor și medicului

CHECKLIST

- ☐ Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacientei și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacientei.
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacienta și / sau aparținătorii
- ☐ Pacienta este transferată la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- ☐ Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

7. PALEAȚIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacienta și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

CHECKLIST

- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacienta este transferată la îngrijiri paliative