

## **Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivselt kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni**

**Sissejuhatus.** Varase rinnavähi haigete (I – III st) rinda säilitav ravi on kompleksne, rinda säilitava operatsiooni järgselt on näidustatud kiiritusravi. Randomiseeritud uuringud näitavad, et kiiritusravi peale rinda säilitavat operatsiooni vähendab statistiliselt oluliselt rinnavähi lokaalse retsidiivi riski, annab haigusvaba elulemuse kasu ja üldise elulemuse tõusu. Peale operatsiooni, kui keemiaravi ei ole näidustatud, siis kiiritusravi alustamise hilinemine 8-12 nädalat tõstab lokaalse retsidiivi riski. Keemiaravi korral peaks olema kiiritusravi alustatud vähemalt 7 kuud peale operatsiooni.

Andmete analüüs põhineb Eestis 2020 aastal C50 -C50.9 diagnoosiga haigetel, kellel on tehtud rinda säilitav operatsioon, seejärel 10 kuu jooksul on saanud kiiritusravi. Haigekassa eesmärgiks on seatud nendel haigetel 95% kiiritusravi saanute osakaal.

**Tulemuste interpretatsioon.** 2020 aastal teostati rinda säilitav operatsioon 484 haigel, nendest sai kiiritusravi 382 patsienti, kiiritusravi saanute osakaal kogu riigis keskmiselt 79%. Haiglale löikes sai PERH-i haigetest kiirituse 215 haiget, Tartus 125 ja ITK haigetest 42. Kiiritusravi saanute osakaal vastavalt 77%, 83% ja 78%.

Ravitud patsientide arvuline erinevus haiglates tuleneb Eesti rahvastikulisest jaotusest, kus Lõuna-Eestis elab 1/3 inimestest. Ida-Virumaa haigeid ravitakse nii Tallinnas kui Tartus, olenevalt kuhu patsient pöördub esmaselt. ITK haigla patsientide kiiritusravi teostati PERH-s, andmete analüüsis arvestatakse Tallinna haiglad eraldi opereerinud haigla järgi.

Kõik opereeritud haiged ei vaja siiski kiiritusravi, esinevad **limitatsioonid**. 1) Vastunäidustused kiiritusraviks (näiteks halb üldseisund, kaasuvad haigused, operatsioonihaava probleemid, teatud geneetilised mutatsioonid, varasemalt saadud kiiritusravi antud piirkonda olenevalt doosidest ja ajast). 2) Patsient loobub kiiritusravist. 3) Üle 70 aastased hea prognoosiga I staadiumi haigetel (<2cm kasvaja, lümfisõlmed kasvavabad, operatsiooni löikejoon puhas, östrogeenretseptor positiivne) on lokaalse retsidiivi risk väga madal, nendel haigetel võib kiiritusravi ära jätta, kui nad saavad adjuvantset hormoonravi aromataasi inhibiitori või tamoksifeeniga.

**Rahvusvahelises võrdluses** on antud indikaatori kiiritusravi osakaal 86 – 90%, mis on madalama tasemega võrreldes Eestis seatud 95%-ga. TÜK-is on kiiritusravi saanute 95% usaldusvahemik 76 - 88%, ITK-s 65 – 87%, mõlemad vastavad Euroopa tasemele. PERH-is on 95% usaldusvahemik 72 – 82%, antud haiglas on kõige enam ravi saanud patsiente, võimalik kiiritusravi vastunäidustusega patsientide selektsioon suurem, eakad heade prognostiliste näitajatega Ist haiged ei vaja kiiritusravi. TÜK konsiiliumis samuti >70 aastased Ist hea prognoosiga haigetele, vastunäidustustega patsientidele kiiritusravi ei määrata.

**Kokkuvõte.** Kiiritusravi saanud haigete osakaaluga Eestis saab jääda rahule, eelmiste aastatega on tulemused sarnased. Võrreldes 2019 aastaga oli kiiritusravi saanud haigete osakaal langenud 81 -> 79%, samas langus on väike. Tuleb arvestada, et rinda säilitava operatsiooni järgselt esinevad limitatsioonid kiiritusraviks. Edasiste aastate analüüsil võiks rinda säästava

operatsiooni järgse kiiritusravi saanud haigete osakaalu määra viia madalamaks, kuna 95% ei vasta reaalsusele. Oluline oleks edaspidi lisaks hinnata antud haigetel optimaalset kiiritusravi alustamise aega, kuna ravi hilinemine halvendab vähahaigete edasist prognoosi.

Kersti Kallak, SATÜK, Hematoloogia-onkoloogia Kliinik, radio- ja onkoterapia osakond,  
arst-õppejõud onkoloogia erialal