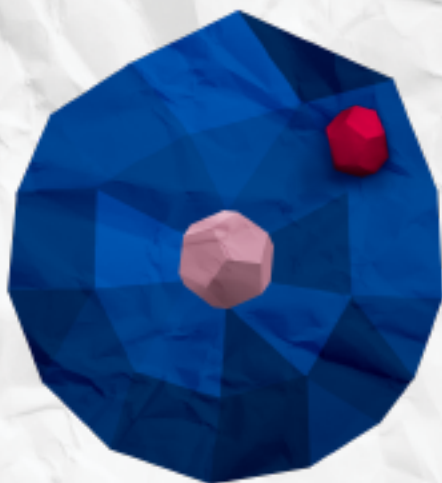




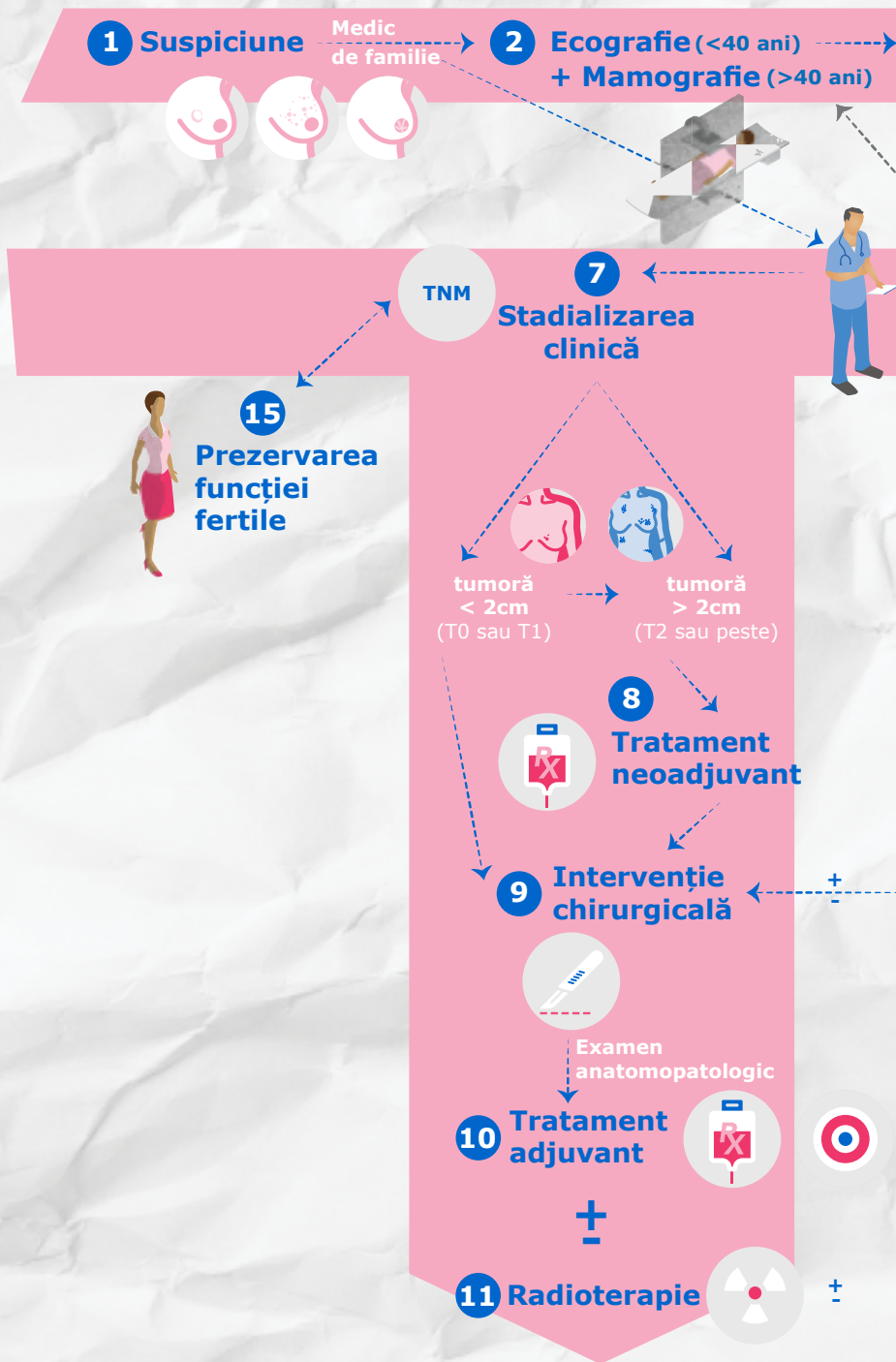
Roche



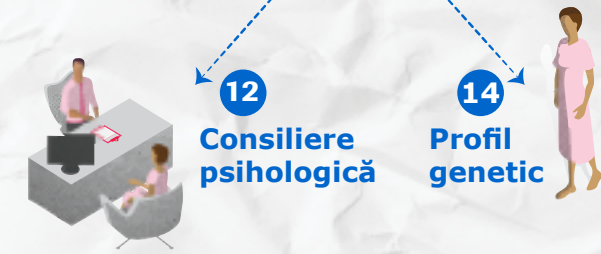
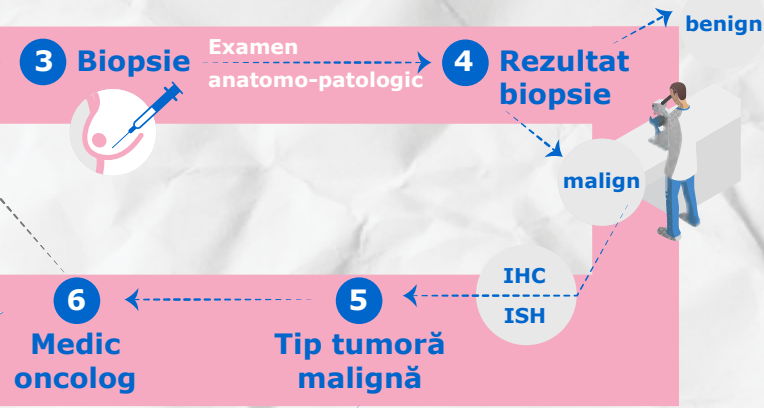
Cancerul de sân: Navigator pentru pacienți

www.canceruldesan.ro

Traseul pacientului diagnosticat cu cancer



de sân



16 Medicină complementară





Viitorul le aparține
celor care cred
în frumusețea visurilor lor

Eleanor Roosevelt

1 Suspiciunea este practic primul moment în care o femeie palpează ceva.

Dacă acest lucru se întâmplă, în funcție de vârstă, se recomandă o testare imagistică specifică: sub 40 de ani, cel mai adesea, ea ar trebui să facă o ecografie. Dacă femeia are vârsta de peste 40 de ani, se recomandă o mamografie. Există și situația în care ambele testări vor fi recomandate.^{4,11,36}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul despre autoexaminarea sânilor de pe www.canceruldesan.ro



Un nodul sau o formațiune la nivelul sânilor sau în zona axilară



Modificări de mărime, formă sau textură a pielii sânilor



Modificări ale mamelonului, ex.retracție, iritații sau scurgeri

2 Mamografia este o examinare radiologică specială a sânilor, care ajută la detectarea modificărilor la nivelul structurii acestuia. Poate fi utilizată ca un instrument de screening pentru a detecta cancerul de sân incipient, la femeile care nu se confruntă cu niciun simptom, dar poate fi folosită de asemenea și la diagnosticarea bolilor de sân la femeile care prezintă deja modificări la nivelul sânilor.



Ecografia este o metodă imagistică cu ultrasunete, folosește undele sonore (unde mecanice de frecvență înaltă) pentru a evidenția modificări anormale în interiorul anumitor părți ale corpului. În cazul sânilor, ecografia este utilizată în principal pentru analiza unor modificări mamare cum ar fi cele care se resimt dar nu se văd la mamografie. Permite de asemenea diferențierea între chisturi (cu conținut fluid/lichid) și mase solide de țesut.

2

Atât ecografia cât și mamografia oferă un scor BIRADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) și o minimă interpretare, respectiv: 0. aspect imagistic neconcludent; 1. aspect normal; 2. leziune benignă; 3. leziune cel mai probabil benignă, necesită urmărire; 4. leziune suspectă de cancer, se recomandă biopsie; 5. leziune cel mai probabil de natură malignă, necesită biopsie, intervenție chirurgicală; 6. leziune malignă, confirmata prin biopsie.^{1,2,3,4}

Pentru mai multe informații puteți accesa secțiunea "Mamografia" de pe **www.canceruldesan.ro**

Pentru mai multe informații puteți accesa secțiunea "Ecografia" de pe **www.canceruldesan.ro**

Lista centrelor în care puteți face mamografie și/sau ecografie poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.



Viața este lucrul
cel mai bun din câte
s-au inventat vreodată

Gabriel Jose Garcia Marquez

3 Dacă scorul BIRADS este 4 sau 5 se recomandă biopsia de sân sau biopsia mamară:

un test prin care se prelevă o mică mostră de țesut sau uneori, de fluid, dintr-o zonă identificată drept suspectă, din interiorul glandei mamare. Celulele prelevate sunt prelucrate prin metode specifice, după care sunt examinate la microscop și dacă este nevoie, testate în continuare prin metode avansate pentru a verifica și confirma sau infirma prezența cancerului de sân. Examinarea anatomo-patologică descrisă în raportul anatomo-patologic (realizată de către medicul anatomo-patolog utilizând microscopul) este singura procedură de diagnostic, care poate determina cu siguranță dacă zona suspectă este malignă (cancer) sau este benignă (nu este cancer).^{1,2,3}

Lista centrelor în care puteți face biopsia poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.



3

4

4 Rezultatul unei biopsii de sân. Odată

ce biopsia este completă și țesutul este prelucrat specific, un medic anatomo-patolog va examina țesutul recoltat, la microscop, pentru a identifica celule anormale sau canceroase. Elaborarea raportului anatomo-patologic este un proces care poate dura de la 24 de ore la 2-4 săptămâni în funcție de complexitatea cazului, de tehnicile de diagnostic utilizate (microscopie convențională, imunohistochimie (IHC) sau hibridizare in situ (ISH)).



Buletinul histopatologic va conține diagnosticul benign sau malign. În cazul în care diagnosticul este benign, ar trebui să consultați medicul de familie.^{4,5,6,7,8,9,10}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul "Ce este biopsia da sân" de pe www.canceruldesan.ro

3

4



Viața e frumoasă
dacă îi dai voie să fie

Charles Bukowski

5 Dacă diagnosticul pe care îl primiți este de **tumoră malignă**, deci cancer, trebuie să știți că termenul de „cancer de sân” descrie de fapt, o varietate de tipuri de cancer care pot să apară la nivelul sânelor: carcinom “in situ”, carcinoame invazive (ductal, lobular, etc).

**IHC
ISH**

5

În afara tipului histologic al tumorii, rezultatul histopatologic al unei biopsii de sân trebuie să mai cuprindă starea receptorilor hormonal, statusul proteinei HER2/neu și marcajul pentru proteina Ki67.

Altă informație utilă, este reprezentată de gradul tumorii care oferă informații cu privire la cât de diferite sunt celulele maligne față de celulele normale.

Statusul receptorilor hormonal: atunci când receptorii hormonal sunt prezenți, estrogenul și/sau progesteronul pot alimenta dezvoltarea cancerului. Vestea bună este că astfel de cancer dependente de hormoni, de cele mai multe ori răspund bine la terapia hormonală. Pentru a determina starea receptorilor hormonal se folosește o tehnică numită testare imunohistochimică sau IHC. Prin această tehnică, se determină nu doar prezența receptorilor hormonal ci și intensitatea cu care sunt exprimați.

Testarea prezenței proteinei HER2/neu: identifică un anumit tip de proteină care se găsește în celulele canceroase precum și gena care o produce. Proteinele HER2 sunt receptorii de pe celulele mamare. Testul HER2/neu determină dacă există prea multe proteine HER2 sau un număr excesiv de copii ale genei sale. Dacă ați fost diagnosticată/diagnosticat cu cancer de sân invaziv, acest test este obligatoriu pentru decizia terapeutică. Aceasta va ajuta echipa medicală să determine prognosticul bolii și care sunt cele mai bune opțiuni de tratament.

Există 2 etape în testarea HER2: prima etapă este **testul imunohistochimic (IHC)**, la fel ca și în cazul receptorilor hormonal. Rezultatul acestui test poate fi 0, 1+ , 2+ sau 3+. Valorile 0 și 1+ indică un rezultat negativ, cu alte cuvinte, un număr normal de proteine HER2. Valoarea 3+ indică un rezultat pozitiv, cu alte cuvinte supraexprimarea proteinei HER2. Atât în cazul rezultatului de 0 cât și în cazul rezultatului de 3+, testarea IHC este suficientă.

Valoarea 2+ este considerată o valoare echivocă care necesită obligatoriu parcurgerea celei de-a doua etape, de testare ISH. Cea de-a doua etapă este cea denumită **ISH (In Situ Hybridization)**. Rezultatul poate fi pozitiv adică amplificarea genei HER2; negativ, indicând faptul că numărul de gene HER2 nu este excesiv; echivoc - în acest caz se va testa din nou ISH. În raportul histopatologic, cancerul de sân cu supraexprimarea proteinei HER2 sau amplificarea genei HER2 este numit carcinom HER2-pozitiv. Acest tip de cancer crește de multe ori mai rapid, se extinde mai ușor la alte zone și are o probabilitate mai mare de recurență comparativ cu cancerul de sân HER2-negativ. Vestea bună, ca și în cazul receptorilor hormonal pozitivi, este ca acest tip de cancer răspunde bine la tratamente specifice.

Testul pentru Ki67: raportul histopatologic conține informații privind rata de proliferare/multiplicare a celulelor maligne - ce proporție din celulele canceroase din interiorul tumorii sunt în proces de creștere și diviziune.

Un procent mai mare, sugerează un cancer mai agresiv, mai rapid în creștere, în timp ce un procent mai mic, indică un cancer mai puțin agresiv. Cel mai utilizat test care poate măsura rata de creștere este marcajul pentru Ki67. Aceasta este o proteină în celule care crește pe măsură ce celulele se pregătesc să se dividă în celule noi. Prin tehnica de imunohistochimie (IHC) se poate măsura procentul de celule

tumorale care sunt pozitive pentru Ki-67. În cancerul de sân, un rezultat mai mic de 10% este considerat scăzut, iar un rezultat de peste 30% este considerat înalt, dar conform ghidurilor, nu există un consens asupra limitelor de prag.

Gradul tumorii - Există trei grade:

- Gradul 1-tumora este bine diferențiată, adică celulele tumorale seamănă cel mai bine cu țesutul mamar normal.
- Gradul 2-tumora este mediu diferențiată, adică celulele tumorale încep să piardă asemănarea cu țesutul mamar normal.
- Gradul 3-tumora este slab diferențiată, celule tumorale nu mai seamănă sau seamănă foarte puțin cu țesutul mamar normal.

De obicei, gradele 1 și 2 conțin mai multe celule care exprimă receptori hormonal și sunt mai rar HER 2 pozitive, în timp ce gradul 3, exprimă mai puțini receptori, la o intensitate mai scăzută și sunt mai frecvent HER 2 pozitive.

Aceste observații nu sunt reguli, de aceea toate cancerule, indiferent de grad, trebuie testate pentru receptori hormonal, Ki67 și HER2.

Astfel, practic, fiecare tip de cancer de sân este identificat prin prezența sau absența a trei tipuri de receptori pe suprafața celulelor: receptorul de estrogen, receptorul de progesteron și receptorul pentru factorul uman de creștere epidermică 2 (HER2). În momentul în care vi se comunică diagnosticul, medicul vă poate spune dacă tumora este pozitivă sau negativă pentru unul sau mai mulți receptori despre care am făcut referire anterior respectiv:

- Cancerul de sân pozitiv pentru receptori hormonal;
- Cancerul mamar HER2 pozitiv;

- Cancer mamar triplu negativ (atunci când cancerul este negativ atât pentru receptorul de estrogen, cât și pentru receptorul de progesteron și pentru HER2);

Cancerul mamar triplu negativ - este denumirea generică pentru carcinoamele care au receptorii estrogenici, receptorii progesteronici și testul HER2 negativ.

În marea majoritate a cazurilor, acest tip de carcinom are o agresivitate crescută și un risc de diseminare/ recidivă mai mare. De aceea este foarte important ca acest tip de tumoră să fie depistată în stadii incipiente, când dimensiunea este mică și celulele tumorale nu au metastazat.^{2,5,6,7,8,9,10,11}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul "Ce este biopsia da sân" de pe www.canceruldesan.ro

Lista centrelor în care puteți face IHC, ISH și testul pentru Ki67 poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.



Am descoperit că,
dacă iubești viața,
și viața te va iubi pe tine

Arthur Rubinstein

6 Medic oncolog: Odată confirmat diagnosticul, trebuie ca un medic oncolog să vă ia în evidență (dacă acest lucru nu s-a întâmplat până acum).



7 Stadializarea clinică:

Stadializarea TNM descrie tumora în funcție de dimensiune și răspândire.

Combi-nația acestor factori este cea care determină stadiul tratamentului.

Stadializarea TNM folosește trei unități de măsură:

TNM

6

7

T Dimensiunea tumorii

Din acest punct de vedere, tumorile sunt clasificate după cum urmează:

Tis sau T0 – tumora este “in situ” (celulele canceroase sunt limitate la ductele lactofore / lobulii mamari și nu s-au răspândit în țesuturile mamare învecinate)

T1 – tumora are diametrul sub 2 cm

T2 – tumora are un diametru între 2 și 5 cm

T3 – tumora are un diametru de peste 5 cm

T4 – tumora s-a răspândit la peretele toracic sau în pielea care acoperă pieptul sau are o formă denumită „inflamatorie”.

N Gradul de afectare a ganglionilor limfatici

Ganglionii limfatici sunt prezenți în număr mare la nivel axilar, iar celulele canceroase care ajung aici de la sân pot să fie transportate către alte zone din organism prin intermediul sistemului limfatic. Medicul dumneavoastră poate evalua dacă ganglionii din axilă sunt măriți sau întăriți.

În timpul intervenției chirurgicale, primele stații ganglionare vor fi excizate și trimise către medicul anatomo-patolog. Medicul anatomo-patolog va determina câți ganglioni sunt afectați/ invadați. Îndepărtarea stațiilor ganglionare, poate conduce la efecte secundare precum limfedemul (colecție de lichid la nivelul membrului superior de partea sânelui afectat).

Situația ganglionilor limfatici este descrisă astfel:

N0 – fără metastaze în ganglionii limfatici regionali

N1 – metastaze în unul sau mai mulți ganglioni limfatici axilari, de aceeași parte cu tumora mamară.

N2 – metastaze în ganglionii limfatici axilari cu aspect clinic ficși sau aderenți între ei, sau identificate în ganglionii mamari interni de aceeași parte cu tumora mamară, în absența celor axilari.

N3 – metastaze în ganglionii limfatici infraclaviculari, sau atât în ganglionii mamari interni, cât și în cei axilari.

Disecția ganglionului santinelă este o procedură mai puțin invazivă prin care se îndepărtează până la trei ganglioni primari care drenează limfa direct din zona tumorii. Ganglionii de excizat sunt identificați cu ajutorul fie a unui colorant, fie a unei substanțe marcate radioactiv, fie cu ajutorul ambelor, injectate la nivelul sânelui. Primii ganglioni identificați, sunt denumiți ganglioni santinelă. Dacă nu se identifică celule canceroase la nivelul acestor ganglioni santinelă, atunci cancerul nu s-a răspândit nici la restul ganglionilor.

M Prezența sau absența metastazelor la distanță

Din punctul de vedere al metastazelor, pot exista 2 situații:

M0 - fără metastaze

M1- indică prezența metastazelor^{2,11,28}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul
"Tipuri de tumori mamare" de pe www.canceruldesan.ro



Sensul
 existenței noastre
 este să fim fericiți

Dalai Lama



Iubești viața?
Atunci nu risipi
ca un nesăbuit timpul,
căci din timp este făcută viața!

Benjamin Franklin

8 **Tratament neoadjuvant:** În funcție de stadiul bolii, se va începe un tratament neoadjuvant respectiv anterior momentului chirurgical care de asemenea va fi ales în funcție de caracteristicile tumorii precum și în funcție de statusul menopauzal: terapie anti HER2, chimioterapie, hormonoterapie. Tratamentul neoadjuvant are scopul de a reduce dimensiunea tumorii primare, de a îmbunătăți controlul loco-regional al bolii și de a scădea riscul de diseminare la distanță a bolii.



9 **Intervenție chirurgicală:** în scop terapeutic poate fi:

- Curativă (radicală sau conservatoare) în acest caz tumora a fost scoasă în întregime, nu au fost invadate țesuturile din jur și nu există metastaze la distanță. Chirurgia curativă, ca prim gest terapeutic, se adresează stadiilor incipiente de boală.
- Paliativă - reprezintă ansamblul acelor proceduri chirurgicale, care nu au intenție de curabilitate sau de optimizare a unor răspunsuri terapeutice, ci urmăresc exclusiv îmbunătățirea calității vieții și prevenirea unor situații de urgență chirurgicală.



Mastectomia reprezintă îndepărtarea chirurgicală a unuia sau a ambilor sâni, ca parte a tratamentului chirurgical pentru cancerul de sân.

În ultimii ani metodele chirurgicale utilizate în oncologie s-au rafinat foarte mult prin scăderea numărului de intervenții mutilante. Astfel, dacă este posibil, echipa medicală optează pentru operația de conservare a sânelui.

Urmează al doilea moment anatomo-patologic (stadializare pTNM/ ypTNM). pTNM este stadializarea patologică care combină datele obținute înainte de tratament, cu informațiile obținute în timpul intervenției chirurgicale și cu examenul patologic iar ypTNM, stadializare post tratament.^{3, 4}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul "Rolul intervenției chirurgicale" de pe www.canceruldesan.ro/
Lista centrelor în care se face chirurgia sânelui poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.

9



Cel mai bine și-a folosit
viața cel care s-a bucurat
cel mai mult de ea

Samuel Butler

10 **Tratament adjuvant:** este tratamentul administrat pacienților cu cancer mamar incipient după intervenția chirurgicală, cu scopul de a elimina complet orice celule canceroase reziduale și de a reduce riscul de recidivă a cancerului. Acest tratament este ales de către medicul oncolog în funcție de statusul hormonal, testarea pentru HER2/neu, Ki67 și de preferința pacientei și poate fi: hormonoterapie, terapie anti HER2 și/sau chimioterapie.^{28,29,30}



11 **Radioterapie:** este parte integrantă a tratamentului pentru cancerul de sân, ce utilizează doze de radiație pentru a lupta împotriva celulelor canceroase. În funcție de stadiul bolii și localizarea tumorii, uneori, se recurge doar la acest tratament, de sine stătător, pentru a vindeca boala. După intervențiile conservatoare în general este necesară radioterapia.



Înainte de a începe tratamentul radioterapeutic, medicul va calcula doza de iradiere necesară, precum și direcția razelor.^{13,14,15,16}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul "Rolul radioterapiei în tratarea cancerului de sân" de pe www.canceruldesan.ro

Lista centrelor în care puteți face radioterapie poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.

10
11



Viața seamană
cu o poveste, ceea ce
contează nu e lungimea,
ci valoarea ei

Seneca

12

Consiliere psihologică:

Diagnosticul de cancer este unul care schimbă lumea oricărei persoane. Este suficientă rostirea cuvântului de către medic, pentru ca schimbarea deja să apară, pentru ca viața să fie deja altfel decât o știați. Vestea cancerului la sân implică un amalgam de trăiri, cele mai multe cu conotații negative astfel că 50% dintre femeile cu cancer la sân trec prin anxietate în primul an de după diagnostic, iar procentul crește semnificativ în cazul recidivei. Incertitudinea, schimbarea mersului cotidian al vieții și a cadrului de referință pot produce dezechilibre pe care trebuie să le gestionați astfel încât, să limitați măsura în care boala vă va afecta calitatea vieții. Este firesc să aveți emoții negative dar acestea fac parte din răspunsurile funcționale în situații critice, răspunsuri care vă pot ajuta să acționați în direcția recuperării. În această situație, este absolut firesc și chiar recomandabil să căutați un ajutor specializat, respectiv consilierea psihologică, care poate fi făcută individual sau sub forma grupurilor de suport. Pot apela la consiliere psihologică și persoanele apropiate, din familie, care sunt alături de dumneavoastră, pe parcursul acestui drum anevoios.



Nu trebuie să uitați că, progresele medicinei din ultimii ani în ceea ce privește cancerul de sân sunt uriașe, iar drumul, deși anevoios, poate fi luminat de speranță.^{29,30,31,32}

Lista centrelor în care se poate face consiliere psihologică poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.

12
13

13

Reconstrucție mamară:

Casa Națională de Asigurări de Sănătate derulează în cadrul Programului Național de Oncologie un subprogram de reconstrucție mamară prin endoprotezare după afecțiuni oncologice, prin



care decontează costurile pentru achiziționarea endoprotezelor mamare, pentru reconstrucția sânului, după mastectomia pentru cancerul de sân.

Pentru a fi eligibilă pentru reconstrucția mamară, în cadrul subprogramului național, pacienta trebuie în primul rând să fie asigurată medical.

După aprobarea dosarului de reconstrucție mamară la CNAS, pacienta se poate adresa unuia dintre spitalele incluse în acest proiect, în cadrul cărora se efectuează reconstrucția mamară.^{23,24}

Lista centrelor în care puteți face reconstrucție mamară poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.



14

Profil genetic: În cazul în care cancerul de sân apare la o vârstă tânără, este foarte posibil ca acesta să fie ereditar, datorat unei mutații genetice. Prezența mutațiilor BRCA1 asociază un risc crescut de cancer mamar (44-78%, cu debut la vârste tinere, cel mai adesea), un al doilea cancer mamar (38-51%) la o femeie care a avut deja unul, sau cancer ovarian. Mutațiile BRCA2 se asociază cu risc de apariție a cancerului mamar (31-56%) și de ovar (2-19%), dar și de cancer mamar la bărbați (3-12%).



Testarea se face din sânge.

La recomandarea medicului oncolog sau genetician, se va face testarea pentru mutațiile germinale (mutațiile ereditare, care se transmit de la părinte la copil).

În cazul identificării unei mutații BRCA1/2, recomandarea este de consiliere privind trei aspecte fundamentale ale acestei situații: posibilitatea menținerii fertilității și întemeierii unei familii (dacă aceasta nu s-a întâmplat deja) și screeningul unei eventuale neoplazii în vederea unui diagnostic precoce și a măsurilor ce pot fi luate pentru reducerea riscului. Determinarea profilului genetic cu ajutorul unor teste precum MammaPrint, Oncotype DX Recurrence Score, Prosigna și Endopredict, poate fi utilă pentru obținerea unor informații adiționale referitoare la prognostic, în completarea evaluării patologice și respectiv informații predictive cu privire la beneficiul tratamentului adjuvant.^{17,18,19,20,21,22,28}

Lista centrelor în care puteți face profilul genetic poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.

15

Prezervarea funcției fertile: Conservarea fertilității este o problemă de importanță crucială la pacientele tinere care sunt diagnosticate cu cancer de sân, înainte de a deveni mame. Ideal, conservarea fertilității trebuie inițiată înainte de începerea tratamentului.

**14**
15

Cea mai bună metodă de preservare a fertilității feminine este reprezentată de crioprezervarea embrionară, recomandată tuturor femeilor eligibile pentru această procedură. Când această tehnică nu este fezabilă, crioprezervarea ovocitelor reprezintă o opțiune rezonabilă.

Dacă sunteți în această situație, trebuie să consultați un specialist înainte de începerea tratamentului.²⁵

Lista centrelor în care se poate face preservarea funcției fertile poate fi accesată pe web site-urile oficiale ale Caselor Județene de Sănătate și ale Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.



Medicina complementară și alternativă (CAM): este termenul folosit pentru acele

produse medicale și practici medicale care nu fac parte din setul de îngrijiri medicale standard.



Terapiile complementare sunt considerate auxiliare tratamentelor oncologice clasice (intervențiile chirurgicale, radioterapia sau chimioterapia) și pot fi utilizate împreună cu acestea. Unele dintre ele au fost supuse unei evaluări atente și s-au dovedit a fi sigure și eficiente dar există și terapii complementare care s-au dovedit a fi ineficiente sau chiar dăunătoare.

Terapiile alternative NU sunt menite să înlocuiască tratamentele convenționale. Specialiștii în medicină nu recomandă produse și practici alternative, dacă nu există nicio dovadă că acestea aduc beneficii pacienților cu cancer. Și nu trebuie scăpat din vedere sub nicio formă că oprirea sau întârzierea tratamentului convențional poate avea consecințe grave.

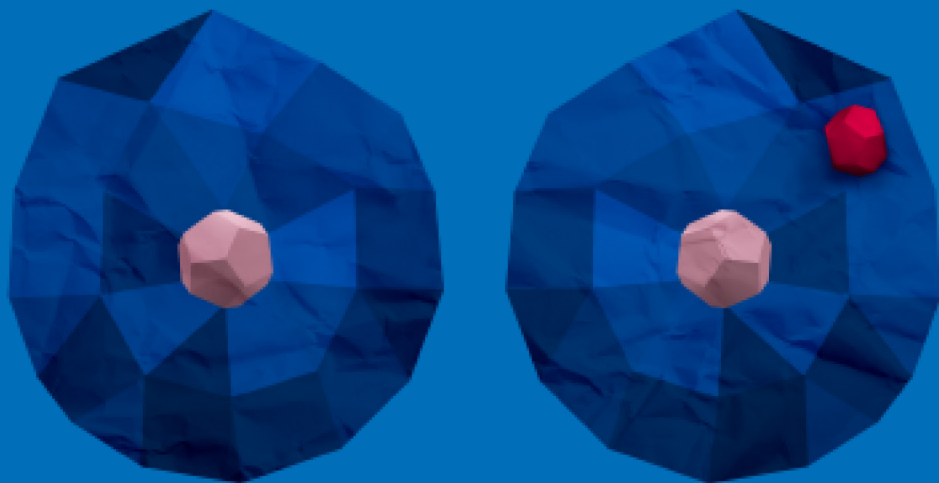
Pacienții oncologici care iau în considerare utilizarea unei metode alternative de tratament ar trebui să discute cu medicul curant înainte de a apela la vreo măsură în acest sens, pentru că acestea pot influența modul de acțiune al tratamentul oncologic de bază.^{26,27}

Pentru mai multe informații puteți accesa articolul despre terapiile alternative de pe www.canceruldesan.ro

Surse:

1. <http://www.radiologyinfo.org>
2. <http://www.breastcancer.org>
3. <http://www.webmd.com/breast-cancer/breast-cancer-screening-detection-overview>
4. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-diagnosis>
5. Lakhani S, Ellis I, Schnitt S, et al. 4th. Lyon: IARC Press; 2012. WHO Classification of Tumours of the Breast
6. Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. editors. 4th edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006. European Commission. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis.
7. Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. editors. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2013 European Commission. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis 4th edition supplements.
8. Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al. Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2013;31(31):3997-4013.doi:10.1200/JCO.2013.50.9984.
9. Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve S, Fitzgibbons PL, Francis G, Goldstein NS, Hayes M, Hicks DG, Lester S, Love R, Mangu PB, McShane L, Miller K, Osborne CK, Paik S, Perlmutter J, Rhodes A, Sasano H, Schwartz JN, Sweep FC, Taube S, Torlakovic EE, Valenstein P, Viale G, Visscher D, Wheeler T, Williams RB, Wittliff JL, Wolff AC. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Recommendations for Immunohistochemical Testing of Estrogen and Progesterone Receptors in Breast Cancer. J Clin Oncol. 2010 Apr 19.
10. College of American Pathologists. Protocol for the Examination of Specimens from Patients with Invasive Carcinoma of the Breast. December 2016 <http://www.cap.org/ShowProperty/Folders/WebContent/doc/cp-breast-invasive-16protocol-3300.doc>.
11. <http://www.nationalbreastcancer.org/breast-tumors>
12. <http://srcro.weebly.com/>
13. www.spitalul-municipal-timisoara.ro/.../protocol-diagnostic-tratament-cancer-mamar
14. <http://amethyst-radiotherapy.ro/cancerul-de-san/tratamentul-cancerului-mamar/radioterapia-ca-tratament-pentru-cancerul-mamar/>
15. <http://www.tratament-oncologic.ro/tipuri-de-tratament/tratament-pentru-cancer-mamar/>
16. https://www.spitalul-municipal-timisoara.ro/data_files/content/sectii/clinica-obstetrica-ginecologie-iv/protocol-15-cancer_mamar.pdf

17. Hall JM, Lee MK, Newman B, Morrow JE, Anderson LA, Huey B, King MC (December 1990). "Linkage of early-onset familial breast cancer to chromosome 17q21". *Science*. 250 (4988): 1684–9.
18. Skolnick, M. Declaration of Mark Skolnick. UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE SOUTHERN DISTRICT OF NEW YORK. No.09 Civ.4515 (RWS).
19. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/dictionary>
20. S. Paluch-Shimon, F. Cardoso, C. Sessa, J. Balmana, M. J. Cardoso, F. Gilbert and E. Senkus - Prevention and Screening in BRCA Mutation Carriers and Other Breast/Ovarian Hereditary Cancer Syndromes: ESMO Clinical Practice Guidelines; *Ann Oncol* (2016) 27 (suppl 5): v103-v110.
21. Kerstin Rhiem, Christoph Engel, Monika Graeser, Silke Zachariae, Karin Kast, Marion Kiechle, Nina Ditsch, Wolfgang Janni, Christoph Mundhenke, Michael Golatta, Dominic Varga, Sabine Preisler-Adams, Tilman Heinrich, Ulrich Bick, Dorothea Gadzicki, Susanne Briest, Alfons Meindl and Rita K Schmutzle - The risk of contralateral breast cancer in patients from BRCA1/2 negative high risk families as compared to patients from BRCA1 or BRCA2 positive families: a retrospective cohort study; *Breast Cancer Research* 201214:R156.
22. Yu Chuan Tai, Susan Domchek, Giovanni Parmigiani, Sining Chen - Breast Cancer Risk Among Male BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers; *JNCI J Natl Cancer Inst* (2007) 99 (23): 1811-1814.
23. www.cnas.ro/page/subprogramul-de-reconstructie-mamara-dupa-afectiuni-oncologice-prin-endoprotezare.html
24. <http://www.asociatiachirurgilorplastici.ro/noutati/poi-fi-femeie-din-nou>
25. <https://www.breastcancercare.org.uk/information-support/facingbreast-cancer/breast-cancer-in-younger-women/fertility-pregnancy-breast-cancer-treatment/preserving-fertility>
26. <http://www.consumer.ftc.gov>
27. <http://www.medscape.com/>
28. <https://www.esmo.org/Guidelines/Breast-Cancer/Primary-Breast-Cancer>
29. <http://www.bmj.com/content/330/7493/702.short>
30. <http://liveboldandbloom.com/02/self-improvement/how-to-break-the-chronic-worry-cycle-by-accepting-uncertainty>
31. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002014-pdf.pdf>
32. <http://www.canceradvocacy.org/resources/remaininghopeful/cancer-and-fear>
33. http://www.roche.com/research_and_development/what_we_are_working_on/oncology/early_breast_cancer.html
34. HARRIS, J.R., LIPPMAN, M.E., MORROW MONICA, OSBORNE, C.K.: Diseases of the Breast. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2014
35. DeVITA, Jr.V.T., LAWRENCE T.S., ROSENBERG S.A.: Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2015
36. <http://www.who.org>



Intră pe
www.canceruldesan.ro

Roche România S.R.L. – Divizia de Farmaceutice

Bulevardul Poligrafiei nr. 1A, Ana Tower,
Recepție - etaj 15, Sector 1, București, Cod Poștal 013704
Tel.: 021-206.47.01/02/03, fax: 021-206.47.00

Viză ANM/DMR: 18705E/07.01.2021